



Année 2016

N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Aurélie MOREAU

Née le 14 mai 1984 à Le Mans (72)

**Analyse d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage : Evaluation
du Groupe d'Enseignement Facultaire
« Urgences ressenties ou Vraies en médecine générale » à Tours de 2013 à 2016**

Présentée et soutenue publiquement le **12 décembre 2016** devant un jury composé de :

Président du Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale,
PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, Professeur associé, Responsable de la
pédagogie et de la formation des enseignants de Médecine générale, Faculté de Médecine - Tours
Monsieur le Professeur Henri MARRET, Gynécologie, Vice Doyen de la Faculté de Médecine de
Tours, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Docteur Christophe RUIZ, médecin généraliste, Maître de stage des universités, Faculté de Médecine - Tours

Académie d'Orléans - Tours
Université François RABELAIS
Faculté de Médecine de Tours

Doctorat de Médecine
Médecine Générale
Par MOREAU Aurélie

Analyse d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage : Evaluation du
Groupe d'Enseignement Facultaire
« Urgences ressenties ou Vraies en médecine générale »
à Tours de 2013 à 2016

05/10/2016

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

«J'ai poursuivi mes études sans jamais les rattraper».

Alphonse ALLAIS

REMERCIEMENTS

A Madame le PROFESSEUR Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Présidente du jury

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Soyez assurée de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.

Je vous remercie également pour votre présence et bienveillance envers nous, internes de Médecine Générale. Merci d'être là et de nous soutenir dans des moments parfois difficiles.

Je n'oublierai pas votre sollicitude et votre soutien.

A Monsieur le Docteur Christophe RUIZ, Directeur de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de me soutenir dans ce travail et de me permettre de vous avoir à mes côtés pour la fin de ces études.

Je vous remercie pour votre apprentissage, votre bienveillance, votre disponibilité tout au long de ces dernières années. Merci d'avoir partagé les croissants chauds le matin et multiplier les cafés pour réaliser ce travail. Un regret tout de même : l'absence d'Alexandrin. Merci mon ami.

A Monsieur le PROFESSEUR Jean ROBERT, membre du jury

Je vous remercie de m'avoir confiée la réalisation de ce travail. C'est un honneur et plaisir de vous avoir comme membre du jury. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le PROFESSEUR Henri MARRET, membre du jury

C'est un honneur et un grand plaisir de vous compter parmi mon jury de thèse.

Je vous remercie de la bienveillance et de la malice de votre enseignement durant mes années d'externat. J'ai été ravie de pouvoir apprendre à vos côtés.

A Monsieur le PROFESSEUR Denis ANGOULVANT, membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de faire partie des membres de mon jury. Soyez assuré de mon profond respect.

A mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

Merci pour votre amour inconditionnel, votre soutien dans chaque décision que nous avons prises dans notre vie, ma soeur et moi. Merci de nous avoir soutenues, supportées, aimées quand nous avons voulu reprendre des études de médecine après notre Licence de Droit. Merci de ne jamais avoir douté. Merci d'être là pour tout, quand tout va bien ou quand tout va mal. Aujourd'hui sereinement, je peux vous dire en vous faisant un grand clin d'oeil tendre « *les études sont finies, je vous aime.* »

A toi ma soeur, Emilie, le premier amour de ma vie, qui est un pilier au quotidien et sans qui je ne suis rien. A toi, mon âme soeur, je n'oublie pas nos promesses d'un monde meilleur. Je suis si fière d'être ta soeur jumelle. Sans toi, tout paraît impossible. Merci de m'inspirer au quotidien. Merci de m'avoir suivie dans cette aventure médicale. Ensemble on a commencé dans la vie. Ensemble on finira. Je t'aime.

A mon mari et compagnon, Dimitri, qui m'a soutenue durant toutes ces années et qui m'a offert un fils merveilleux. Merci de m'avoir appris à être moi-même et à regarder le monde avec d'autres yeux. Merci de me faire rire. Bientôt s'écritra une nouvelle page de notre histoire avec encore plus de films à regarder en amoureux. Merci, je t'aime.

A mon fils Soren, qui a illuminé ma vie, raccourci mes nuits et qui me rend meilleure à chaque fois qu'il me sourit. Je suis si fière d'être ta maman. Je t'aime petit ange.

A ma famille, mes cousins et cousines, mes oncles et tantes, ainsi que ma belle famille. Merci d'avoir été là pour moi. Merci de m'apporter soutien, réconfort et chaleur au quotidien. Je vous aime tous.

A Tony, mon meilleur ami, compagnon de route, véritable soutien amical. Merci d'avoir défié les lois statistiques dans ton examen d'embryologie de P1, (0/20!) bel échec et performance qui ont conduit à notre rencontre et à faire naître une très belle amitié qui dure depuis plus de dix ans maintenant.

A Galane, mon amie rencontrée sur les bancs de la faculté de Droit. Merci d'être là depuis toutes ces années pour moi.

A mes amis de l'Ermitage Bastien, Julie, Corinne pour ces soirées, ces gardes, tous ces moments de joie et d'amitiés que vous m'avez donnés. Un milliard de mercis pour m'avoir redonnée confiance en moi.

A mes co-internes de dernier semestre, notamment Marine et Marion qui ont été merveilleuses de drôleries et d'intelligence. Je vous souhaite le meilleur les filles, vous êtes géniales.

A mes amis de Châteauroux, Anais en particulier avec qui j'ai partagé le meilleur comme le pire et qui est toujours à mes côtés.

A tous mes chefs de médecine, en particulier les Dr FERRAGU, Dr TATARENKO et leurs épouses, qui sont devenus pour moi de vrais amis. Merci également au Dr POITRINEAU et dr MANSOUR pour leur apprentissage et bienveillance, leur sourire malicieux ; à très vite en garde ou au restaurant.

A toutes les équipes médicales et paramédicales pour tous les stages formidables que j'ai pu passer grâce à vous.

Et à tous ceux que j'oublie... Merci.

RÉSUMÉ

Contexte : Marquée par son histoire et faute d'existence et de reconnaissance au sein des facultés jusque récemment, la médecine générale a su construire ses propres méthodes pédagogiques pour permettre aux jeunes médecins d'être compétents dans l'exercice de leurs fonctions médicales. Dans le cadre du paradigme d'apprentissage, les groupes d'enseignements facultaires (GEF) ont vu le jour dans la formation des jeunes médecins généralistes à Tours en 2012.

Objectifs : analyser cette approche pédagogique à partir de la famille de situations cliniques « patients avec une urgence ressentie ou vraie en médecine générale » et rechercher si les objectifs pédagogiques du GEF étaient atteints au travers de l'analyse des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance des étudiants de 2013 à 2016 ?

Méthodologie : Analyse qualitative des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance recueillies auprès des enseignants par extraction de *verbatim*.

Résultats : Tous les éléments clés retenus par les animateurs en amont du GEF ont été cités par les étudiants. Les messages inattendus étaient hétérogènes et variaient d'un groupe à l'autre et d'une année sur l'autre. Toutes les compétences de la marguerite ont été citées au moins une fois. La boucle d'apprentissage apparaît clairement dans certaines synthèses. L'analyse des évaluations de fin de séance a montré l'intérêt croissant des étudiants pour cet outil pédagogique.

Conclusion : Les internes s'approprient ce nouvel outil pédagogique. L'appréhension du changement de paradigme et la meilleure manipulation de la boucle d'apprentissage montrent que les objectifs pédagogiques sont atteints dans le GEF « urgences ressenties ou vraies en médecine générale ».

Mots-clés : paradigme d'apprentissage, compétences, outil pédagogique, famille de situations cliniques.

ABSTRACT

Analysis of a teaching tool derived from learning paradigm: Evaluation of university teaching groups «perceived or true emergency in general practice» from 2013 to 2016 in Tours

Context: Marked by its history and lack of existence and recognition in Universities until recently, the general practice has built its own teaching methods to enable young doctors to be competent in performing their medical duties. As part of the learning paradigm, groups of university teaching (GEF) have emerged in the training of young GPs in Tours in 2012.

Objectives: analyse educational approach from the group of clinical situations « perceived or true emergency in general practice » and whether the GEF's educational objective were achieved through the analysis of learning traces and assessments adjournment of students from 2013 to 2016?

Methodology: Plan a qualitative analysis of learning traces and assessments upon adjournment collected from teachers by extracting *verbatim*.

Results: All major elements retained by GEF upstream teachers were mentioned by students. Unexpected messages were heterogeneous and varied from one group to another and from one year to another. All skills have been cited at least once. The learning loop appears clearly in some syntheses. Analysis of the session for assessments showed the growing interest of students for this educational tool.

Conclusion: The residents appropriate this new teaching tool. The apprehension of the paradigm shift and better handling of the loop learning show that the educational objectives are achieved in the GEF « perceived or true emergency in general practice ».

Keywords: learning paradigm, skills, educational tool, group of clinical situations.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
MATERIELS ET METHODES	23
I - ANALYSE DES EVALUATIONS DE FIN DE SEANCE	23
II - ANALYSE DES TRACES D'APPRENTISSAGE	23
RESULTATS	25
RESULTATS DES SYNTHES DES ETUDIANTS	25
I - LE RECIT DES ETUDIANTS	25
II- LA TRANSPOSITION DES RECITS DE PATIENTS VUS AUX URGENCES ET EN HOSPITALISATION EN MEDECINE GENERALE	25
III - LES QUESTIONS ET REPONSES DES ETUDIANTS	26
IV - LES POINTS FORTS ATTENDUS	26
1/ La responsabilité du médecin généraliste dans la prise en charge de l'urgence	26
2/ La gestion du cabinet et des emplois du temps	27
3/Le médecin généraliste régulateur de l'urgence	28
4/ les gestes techniques et l'évaluation du risque vital	28
5/ Les Formations Médicales Continues aux urgences et Médecin Correspondant SAMU	29
6/ La trousse d'urgence du médecin généraliste	30
7/ La gestion et protection psychique du soignant	31
8/ La médiation et la gestion des familles du patient urgent	32
9/ L'urgence psychiatrique	32
V - LES MESSAGES INATTENDUS	34
1 / L'abord théorique de l'urgence en médecine générale	34
2/ L'urgence en médecine générale et l'aspect médico-légal	35
3/ La gestion de l'urgence en médecine générale et le professionnalisme	36
4/ Savoir gérer une urgence ressentie versus une urgence vraie	37
5/ Les urgences psychiatriques en médecine générale	38
VI - LES COMPETENCES	39
1/ Premier recours - urgences	39
2/ Approche centrée sur le patient, relation communication	40
3/ Approche globale, complexité	40
4/ Continuité suivi coordination des soins	40
5/ Professionnalisme	41
6/ Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire	41
VII - LA BOUCLE D'APPRENTISSAGE	42
RESULTATS DES EVALUATIONS DE FIN DE SEANCE	44
1/ Le premier ressenti du GEF / Les appréciations globales des étudiants	44

2/ La Forme du GEF	44
3/ Le fond du GEF, le contenu	46
DISCUSSION	48
Points forts et limites de la méthodes	49
Retour sur l'analyse des évaluations de fin de séance	50
La forme des GEF appréciée	51
Le manque de support théorique.....	51
Donner en annexes trousse médicale urgence et certificats ?	51
Le contenu des évaluations de fin de séance	52
Les difficultés incompressibles	53
La transposition d'urgence vue en structure hospitalière en médecine de ville	53
Les messages forts attendus et inattendus	54
La problématique de la boucle d'apprentissage	54
Le questionnaire de fin de séance donné trop tôt ?	56
Les GEF, outils pédagogiques plébiscités	56
La place de l'enseignant	58
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE	61
GLOSSAIRE	77

INTRODUCTION

L'appel des dix, 1984. Dr D. BROCLAIN : « *Nous sommes convaincus que c'est à l'Université que nous gagnerons ou perdrons la bataille de la médecine générale* ».

La médecine générale est aujourd'hui une spécialité reconnue avec une formation spécifique qui permet aux jeunes médecins de remplir leur rôle de médecin généraliste. C'est une spécialité à part entière avec sa définition propre [1]. Coordinatrice des soins primaires, gardienne d'une bonne santé populaire, elle est constante et accompagne les patients de leur naissance à leur décès tout en les soignant, soutenant durant toute leur vie. C'est une médecine avec ses spécificités propres.

Mais pourtant, la formation des médecins généralistes n'a pas toujours existé. C'est une formation jeune, pour une discipline qui s'avère être néanmoins, la plus ancienne de toutes les pratiques médicales.

Dans les années 60-80, les jeunes médecins généralistes apprenaient seuls les rudiments de cette médecine complexe faute d'existence d'un cadre d'apprentissage facultaire [2]. Cette médecine « laissée pour compte » alors qu'elle est le socle d'une bonne santé populaire, a su, au fil des décennies, s'implanter dans les facultés [3]. La formation de médecine générale a définitivement pris un nouveau visage avec la construction tumultueuse et attendue du Diplôme d'Enseignement Supérieur (D.E.S.) de médecine générale au sein des universités pour devenir en 2004, une spécialité à part entière.

Des aphorismes du *corpus Hippocraticum*, fondements anciens de toute médecine de qualité [4], est né le *paradigme d'enseignement* où l'étudiant, apprenti médecin, construit son savoir sur les cours magistraux et exemplaires. Son évolution se fait au fil d'enseignements théoriques et la progression est sanctionnée par des examens écrits [5]. Le paradigme d'enseignement est le référentiel d'apprentissage qui a cours dans toutes les facultés de médecine pour les premier et deuxième cycles.

L'apprentissage de la sémilogie, physiopathologie et les grandes bases thérapeutiques se fait à partir de cette méthode pédagogique. Le « par cœur » des aphorismes d'Hippocrate est le fondement du Savoir médical.

Mais la médecine générale telle qu'elle est dispensée par nos maîtres ne s'apprend pas sur les bancs de l'école. Marquée par son histoire et faute d'existence et de reconnaissance au sein des fa-

cultés, la médecine générale a su construire ses propres méthodes pédagogiques pour permettre aux jeunes médecins d'être compétents dans l'exercice de leurs fonctions médicales [6].

Devenir médecin généraliste repose sur une construction réflexive des Savoirs et Apprentissages. Le jeune professionnel de santé doit allier apprentissage de son métier et pratique avec un savoir universel de plus en plus vaste et des exigences sociétales de plus en plus omniprésentes [5]. Il doit être capable, au mieux et dans toutes les situations cliniques, de proposer la meilleure prise en charge possible. Il soigne et apprend à soigner. Il allie théorie clinique apprise sur les bancs de l'école et « Savoir-Faire » clinique et thérapeutique qu'il apprend auprès de ses pairs pendant les années d'internat [7]. Mais comment ce dernier est-il enseigné ?

Depuis la création du D.E.S de médecine générale en 2004, nos pairs ont fait le choix d'une pédagogie d'apprentissage autre, différente. Du paradigme d'enseignement, froid, sans interaction étudiant - enseignant, nous avons basculé dans le *paradigme d'apprentissage* où désormais, l'acteur de la formation est l'étudiant lui-même [8]. Voici l'émergence d'une pédagogie constructiviste. La perspective socio-cognitiviste-constructiviste postule que l'apprentissage est une activité intellectuelle de traitement de l'information et de construction de sens, fondée sur l'analyse de situations réelles complexes [9]. Le Savoir repose sur une construction individuelle propre, l'apprentissage se fait à partir de la complexité et l'incertitude de l'expérience réelle. La formation repose sur la « construction de savoirs propres ».

L'enseignant ne perd pas de son *aura éducative* avec la perte de dispense de ses cours magistraux, bien au contraire, il change de casquette pour devenir « un facilitateur d'apprentissage ». Il devient le « guide de l'apprenant » qui se construit sur sa propre expérience et ses propres recherches. Le fer de lance de cette méthode est gage d'une médecine de qualité. L'axe pédagogique de cette formation devient la signature, le « *made in* » médecine générale. Différents outils sont proposés aux étudiants pour leur permettre d'acquérir les capacités nécessaires pour dispenser au mieux les soins primaires et globaux que la société attend d'eux [3,6].

Chaque département de médecine générale organise son enseignement en fonction de ses attentes propres et le choix de ces formats pédagogiques dans les différentes facultés est devenu un signe distinctif de la médecine générale.

Parmi ses dispositifs éducatifs, on retrouve les RSCA (Récit de Situation Clinique Authentique), les GEF (Groupe d'Enseignement Facultative), (ou atelier/GEPT/GEAR selon les facultés), la mise

en oeuvre d'un portfolio avec les traces d'apprentissage de l'interne, les rencontres tutoriales, les groupes de pairs... [10]. Un portfolio est une collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage [11]. Il est utilisé comme soutien systématique du processus d'apprentissage et comme source d'information dans le cadre de la démarche évaluative [12].

Tous les supports pédagogiques centrés sur l'apprenant viennent enrichir le portfolio et vont permettre aux enseignants-évaluateurs de voir la progression intellectuelle et professionnelle de l'étudiant. C'est un outil précieux pour la validation du D.E.S. de médecine générale.

Pour certains auteurs, ces méthodes d'apprentissage permettent aux internes de les rendre autonomes dans leur pratique du soin [7]. Ils permettent de mieux intégrer les connaissances théoriques nouvelles par l'implication active des étudiants [13,14].

Tous ces formats pédagogiques fondés notamment sur le principe de l'autoévaluation sont toujours soutenus par des recherches classiques répondant à l'Evidence Base Medicine [15,16].

Le mode d'évaluation de ces méthodes d'enseignement repose sur la certification de compétences par l'étudiant lui-même dans un premier temps (compétences mises en oeuvre dans les GEF/RSCA/traces d'apprentissage/portfolio...) puis par l'enseignant [17].

Les procédures d'agrément de l'étudiant ont été pensées avec la création de 11 familles de situations cliniques exemplaires, déclinables à l'infini au regard des situations cliniques complexes et la création d'une marguerite de compétences que l'interne doit s'efforcer de mettre en oeuvre au cours des situations cliniques [18]. Les compétences de médecine générale sont des « Savoir-agir complexes » qui ont été divisées en 6 compétences génériques transversales (définies en 2006 par un groupe de travail réuni sous l'égide du CNGE). (annexe 1) [19, 20, 21]. Ces dernières recouvrent l'intégralité des fonctions du médecin de famille; elles revêtent un caractère global et s'intriquent les unes aux autres.

Chaque consultation de médecine générale s'inscrit dans une ou plusieurs familles de situations cliniques exemplaires (annexe 2). L'étudiant peut, au décours d'un travail tel qu'un GEF ou RSCA,

parler de cette situation exemplaire et en faire un travail d'apprentissage nécessaire à son devenir de futur médecin [18,22].

A partir d'une situation clinique vraie et à travers son récit, l'étudiant est amené à se poser des questionnements dans différents champs (médical, social, culturel, bio éthique...) C'est à l'étudiant de trouver ses réponses et de faire de cette situation clinique casuistique un cas général : l'apprentissage apparaît quand l'étudiant est capable de projeter ses interrogations et réponses à une situation future similaire. Dans ce travail d'apprentissage, l'étudiant est orienté par l'enseignant. Il est capable de mobiliser les ressources internes et externes pour montrer au travers d'un devoir écrit quelles compétences il a acquises et quelle sera son attitude à adopter si la situation clinique devait à nouveau se présenter [23]. Chaque faculté de médecine générale dispose de ses outils pédagogiques pour mettre en lumière les travaux d'apprentissage de ses étudiants.

A Tours, au Département de Médecine Générale, des Groupes d'Enseignement Facultaires (GEF) ont vu le jour en 2012 [23].

A la faculté de médecine de Tours, la validation du D.E.S. de médecine générale repose sur : la validation de six stages pratiques répartis sur six semestres dont un stage obligatoire de médecine générale en ambulatoire, la validation des enseignements théoriques par la présence (200h) et par la production de traces d'apprentissage réunies dans le portfolio qui tiennent lieu de mémoire [24]. Ces traces d'apprentissage sont diverses et variées, elles peuvent être sous forme de RSCA classiques, de traces d'apprentissage, de notes de cours ou de Formation Médicale Continue (FMC) avec une synthèse de l'étudiant ...et de GEF. Chaque faculté organise la validation de son D.E.S. au sein de son département [25,26].

Le GEF est une méthode d'enseignement réflexif autour de situations cliniques vécues par l'interne : ce dernier mobilise les ressources internes et externes pour répondre à ses questionnements aidé de son enseignant.

Le GEF est un lieu de partage entre 10 étudiants (préalablement inscrits sur internet) et un enseignant animateur [27].

Chaque GEF propose un thème à aborder en lien direct avec les 11 grandes familles de situations cliniques exemplaires. (annexes 2) [18,23]. Connaissant l'intitulé du thème, l'étudiant doit,

avant de commencer la journée du GEF, mettre sur papier une situation clinique vécue en lien avec le thème abordé.

Le GEF se déroule sur une journée. L'enseignant assure l'animation de cette journée en apportant son concours. Chaque étudiant doit lire son récit. Au fur et à mesure de la lecture des différentes situations cliniques rencontrées par les internes, le groupe échange sur les problématiques dégagées dans les discussions. Les enseignants sont là pour arbitrer les débats, mais également apporter leurs expertises.

La réalisation d'un GEF permet à l'étudiant de comptabiliser des crédits-heures (CH) nécessaires à la validation finale de son D.E.S. La préparation du GEF et sa lecture au cours de la journée encadrée par les enseignants sont sanctionnées par 5 CH. L'étudiant doit ensuite remettre son travail par écrit comprenant le récit, ses questionnements avec ses réponses ainsi qu'une synthèse. Ce travail est sanctionné par l'attribution de 10 CH supplémentaires [23].

Pour permettre à l'étudiant de rendre compte de l'acquisition de compétences au travers d'un GEF, quatre points essentiels sont à retranscrire au décours d'un travail personnel en amont et aval de la séance facultaire [20] :

- 1/ mise en récit d'une situation clinique - expérience de la réalité rencontrée par l'étudiant.
- 2/ questionnements sur la situation dans n'importe quel champ disciplinaire bio-médico-social reflétant la complexité de la médecine générale.
- 3/ recherches des solutions aux problématiques posées en mobilisant des ressources internes et externes.
- 4/ synthèse des réponses apportées, mise en lumière des compétences mobilisées, acquisition des « savoir-agir complexes » (annexe 3).

Il est demandé aux étudiants, pour entériner leur formation et valider les 15 crédits-heures, de renvoyer sous 15 jours leur récit (lu pendant la journée du GEF), ainsi qu'une synthèse des éléments clés retenue dans la journée comprenant les questionnements et réponses avec un travail de recherche, les compétences mobilisées et la boucle d'apprentissage.

En amont de la séance du GEF, les animateurs-enseignants discutent et préparent les futures séances. De cette réunion émerge une liste de messages forts à faire passer aux internes autant que faire se peut [23]. Cette liste est limitée à quelques grands principes et Savoirs que l'étudiant doit

appréhender. Ces messages forts ont fait l'objet de discussion préalable entre enseignants. Une des particularités des GEF repose sur l'existence de ces messages. Ces derniers sont des piliers de Savoir à transmettre aux internes quand les discussions et débats au cours des GEF le permettent. Il n'y a aucune obligation de tous les énumérer au décours de la séance. Ils sont divulgués par les enseignants-animateurs au moment opportun. Quand les débats des internes tournent autour de l'un de ces messages, les animateurs sont là pour les mettre en lumière. Dix grands messages ont fait l'objet d'un consensus par les enseignants avant la séance du GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale ».

Les étudiants doivent corréler leur cas clinique casuistique et leur travail général né du groupe aux compétences « de la marguerite » pour voir quelles ont été les compétences travaillées et celles à explorer dans le futur au décours d'autres méthodes d'enseignement. Les étudiants se doivent de faire un récapitulatif clair des compétences rencontrées. La boucle d'apprentissage apparaît quand l'étudiant est en mesure d'expliquer à travers ses écrits en quoi le GEF va changer sa pratique future.

A la fin de la journée de débats encadrée par les enseignants, est remise aux étudiants une fiche anonyme où ils sont invités à faire des commentaires libres sur le déroulement du GEF. Les internes la remplissent puis la remettent à l'enseignant animateur avant de partir.

Une première thèse sur l'évaluation d'un GEF a été réalisé par le Dr Doutone Audrey [28]. Le GEF analysé avait pour thème la prise en charge des « Patients souffrant de maladie chronique ». Ce travail portait sur l'analyse qualitative d'un des premiers GEF réalisés au sein de la faculté de Tours pour l'année 2012-2013 [23]. Les étudiants avaient plébiscité ce nouvel outil pédagogique.

L'objectif de ce travail de recherche est l'analyse de cette approche pédagogique à partir de la famille de situations cliniques « patients avec une urgence ressentie ou vraie en médecine générale ». Il a été recherché si les objectifs pédagogiques du GEF étaient atteints à travers l'analyse des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance des étudiants de 2013 à 2016 ?

MATERIELS ET METHODES

Les travaux complets des étudiants ont été récupérés ainsi que les évaluations des étudiants remplis à la fin de la journée du GEF. Ces éléments ont été analysés à partir d'une méthode qualitative.

I - ANALYSE DES EVALUATIONS DE FIN DE SEANCE

A la fin de chaque GEF, les enseignants invitaient les étudiants à remplir une fiche d'évaluation.

On peut y trouver deux champs à remplir :

- le semestre en cours de l'étudiant.
- un champ de commentaires libres.

Ce n'est pas vraiment un questionnaire de satisfaction, il n'y a pas de question posée à l'étudiant et le champ « commentaire libre » est par définition non balisé. Les commentaires des évaluations de 2013 à 2016 ont été lus et analysés. Une analyse globale des commentaires a été faite tous semestres confondus.

II - ANALYSE DES TRACES D'APPRENTISSAGE

L'objet de ce travail reposait sur l'analyse des synthèses et travaux écrits par les internes en aval de la journée du GEF.

Les récits accompagnés de leurs traces d'apprentissage de 4 années de 2013 à 2016, ont été récupérés par mail auprès des enseignants-animateurs. Ils ont été anonymisés et numérotés aléatoirement, de GEF1 à GEF55 (annexe 4).

Les consentements éclairés des étudiants pour analyser leurs traces d'apprentissage n'ont pas été demandés, mais l'anonymat des récits et travaux a été respecté.

Les récits ont fait l'objet d'une lecture simple. Les motifs de consultation des patients de chaque récit ont été listés et il a été précisé si le patient avait été vu par l'interne à l'hôpital ou en ville (annexe 4).

Le contenu des récits n'a pas fait l'objet d'un travail plus approfondi. Il en est de même pour les questionnements et réponses des internes dans leur synthèse, ces derniers ont fait l'objet d'une lecture simple.

La liste des messages forts a été récupérée auprès des enseignants-animateurs et comparée avec les éléments-clés retrouvés dans les travaux des étudiants. Sont apparus dans chaque trace d'apprentissage des éléments inattendus, lesdits messages ont été recherchés, classés et listés par catégories.

Pour terminer cette recherche, les compétences et la boucle d'apprentissage de chaque GEF ont été recherchées.

Au fur et à mesure des lectures des traces d'apprentissage/récits, un plan de recherche d'éléments-clés s'est dégagé :

- Présence ou non du récit ?
- Cas clinique transposable en médecine générale ?
- Présence des questionnements de l'interne par rapport à son cas clinique et présence des réponses propres aux questionnements de l'interne ?
- Présence des points forts et ou attendus au cours du GEF ?
- Présence de messages inattendus ?
- Présence des compétences selon la marguerite ?
- Présence de la boucle d'apprentissage ?

Chaque GEF aboutit à une trace d'apprentissage que les enseignants-animateurs du groupe se doivent d'évaluer. Ces derniers envoient une synthèse d'évaluation à l'étudiant pour clore le travail réalisé autour du GEF. Ces éléments de synthèse évaluative des apprentissages n'ont pas été étudiés dans ce travail.

RESULTATS

RESULTATS DES SYNTHES DES ETUDIANTS

52 GEF étudiés : 55 GEF reçus mais 3 doublons. 52 récits ont été récupérés et analysés.

Il y avait 15 traces d'apprentissage pour les années 2013, 15 pour l'année 2014, 12 pour l'année 2015 et 10 pour l'année 2016.

I - LE RECIT DES ETUDIANTS

Sur les 52 GEF étudiés :

- récits de patients vus en médecine générale : 24 récits dont 3 vus au domicile des patients ou en visite. 1 récit racontait une prise en charge cardio-respiratoire inopinée dans la rue.
- récits de patients vus au service d'accueil des urgences : 21
- récits de patients vus en hospitalisation : 4
- GEF sans récit : 3

Le contenu même des récits n'a pas fait l'objet d'une évaluation propre.

Les motifs de consultation de chaque récit ont été retranscrits dans les annexes.

II- LA TRANSPOSITION DES RECITS DE PATIENTS VUS AUX URGENCES ET EN HOSPITALISATION EN MEDECINE GENERALE

Sur les 52 récits étudiés, la moitié des cas cliniques des étudiants se rapportait à une problématique vue directement en médecine ambulatoire.

Mais comme l'intitulé du GEF pouvait le laisser présager, bon nombre d'étudiants ont fait part de leur expérience aux urgences. Néanmoins, il est intéressant de relever que sur ces récits de patients vus hors du champ des soins primaires ambulatoires, les étudiants se sont attachés à retransposer leur problématique au cabinet.

Sur les 25 récits de patients vus hors médecine générale (cabinet ou domicile) 13 étudiants ont transposé leurs questionnements et leur cas en médecine générale :

« et si le même cas m'était arrivé en cabinet ou en médecine de ville ? »

Beaucoup de récits de patients vus aux urgences ou dans les services hospitaliers ont fait l'objet d'une transposition du cas clinique au cabinet de médecine générale par l'interne « *que faire dans la même situation en médecine générale ?* »

« *La question posée par mon cas clinique était : « quelle prise en charge si j'avais été en cabinet ? Qu'aurais-je fait en cabinet ? Mais c'est en me posant cette question que la réponse m'a sauté au visage. »* GEF 39

III - LES QUESTIONS ET REPONSES DES ETUDIANTS

Sur 52 GEF analysés, 40 étudiants se sont posé des questions par rapport à leur cas clinique, ont fait un travail de recherche et apporté les réponses à leurs interrogations :

5 étudiants ont posé des questions propres sans y répondre, 2 ont fait un travail de recherches sans questionnement apparent.

5 étudiants ont rendu un travail avec uniquement les points forts de la journée sans question ni réponse propre.

Un des axes principaux de ce travail a résidé dans la recherche des messages attendus et inattendus pour répondre au mieux à la question posée dans cette étude.

IV - LES POINTS FORTS ATTENDUS

Dans un premier lieu, voici les messages forts retenus par les étudiants triés à partir de leurs écrits. Tous les messages forts, choisis en amont par les enseignants, ont été retransmis par les étudiants quelle que soit l'année du GEF. Ils sont au nombre de dix. Les *verbatim* des travaux des étudiants ont été extraits pour les illustrer.

1/ La responsabilité du médecin généraliste dans la prise en charge de l'urgence

Il fallait faire prendre conscience aux étudiants que la responsabilité du médecin généraliste commence dès que la prise en charge de l'urgence s'amorce, *id est* au premier coup de téléphone.

Il est important pour le médecin généraliste de savoir prendre en charge un patient dès le premier coup de fil, savoir le faire venir au cabinet pour l'examiner ou savoir l'orienter vers des structures de soins plus adaptées comme le 15. La responsabilité du médecin généraliste implique qu'il doive trouver une alternative à son patient si sa prise en charge est impossible au cabinet. La responsabilité du médecin généraliste se poursuit dans la délégation de soin du patient urgent. Le médecin généraliste qui délègue à un collègue ou au centre 15 sa prise en charge doit s'assurer de la continuité de ses soins.

« Dès que le médecin décroche son téléphone, il est responsable sur le plan médico-légal. Même s'il délègue, il a l'obligation de s'assurer de la suite de la prise en charge. » GEF 14

« Tout médecin généraliste qui reçoit un appel d'urgence devient responsable de cet appel, il doit soit intervenir personnellement, soit si cela lui est impossible, déléguer à des autorités compétentes et s'assurer du bon déroulement des secours. » GEF 13

« N'oublions pas que notre responsabilité est engagée dès le téléphone décroché. A nous de nous s'assurer du suivi et notamment qu'un patient arrive bien aux urgences. » GEF 40

2/ La gestion du cabinet et des emplois du temps

La gestion du patient urgent est chronophage en médecine générale car longue, imprévue, inattendue. Il est nécessaire d'adapter son emploi du temps en fonction de ces situations difficiles. Savoir gérer les plannings grâce à un secrétariat formé, savoir expliquer aux patients dans la salle d'attente le retard, la gestion d'une urgence, savoir reconvoquer les patients à un autre moment pour gérer l'urgence qui arrive.

« La gestion des urgences s'anticipe : secrétariat formé à la régulation, plages horaires dédiées aux imprévus... » GEF 44

« Prévoir la gestion des urgences dans son planning. Former son secrétariat. » GEF 34

« Importance d'une bonne organisation du cabinet : plages d'horaires dédiées aux rendez-vous d'urgence, formation du personnel (symptômes devant alerter, en cas de doute ne pas hésiter à transférer la communication au médecin...) » GEF 25

3/Le médecin généraliste régulateur de l'urgence

Le médecin généraliste fait partie de la chaîne de l'urgence, dans la prise en charge de son patient urgent. S'il l'estime nécessaire, il oriente son patient vers une structure de soins plus adaptée, plus performante. Il régule ses urgences.

« Le médecin généraliste a un rôle de 1^{er} recours dans le cadre d'urgence, il est souvent amené à orienter le patient, à passer la main à un confrère, à déléguer; importance de reconnaître et de connaître ses propres limites.» GEF 26

« Ce GEF nous a appris que le médecin généraliste est un acteur central dans la chaîne des urgences. Il faut savoir connaître ses limites pour la prise en charge et ne pas hésiter à s'appuyer sur le 15 pour une prise en charge difficile. Le médecin généraliste n'est pas seul dans la prise en charge des urgences.» GEF 42

« Le médecin généraliste est un élément de la chaîne d'urgence. Le 15 et « les spécialistes » sont des alliés. Le médecin généraliste est un coordinateur de soins. » GEF 34

« Connaître et travailler avec son réseau afin d'orienter au mieux les patients et de pouvoir les prendre en charge dans des situations nécessitant une orientation rapide. » GEF 53

4/ les gestes techniques et l'évaluation du risque vital

Il fallait expliquer aux étudiants que le médecin généraliste peut entreprendre, même dans les limites de ses connaissances techniques, les premiers soins sur un patient urgent. Aucun minimum technique n'est exigé pour le médecin généraliste. Il faut pratiquer des soins, savoir agir en appelant les centres de régulation.

« Il faut apprendre à travailler avec l'incertitude médicale. Eliminer les urgences réelles en interrogeant et en examinant correctement les gens, éventuellement effectuer les examens nécessaires (en fonction de l'équipement du cabinet) pour éliminer les pathologies urgentes à traiter ou passer la main rapidement à des professionnels maîtrisant ces situations (appel du SAMU par exemple afin de débriefer de la situation avec un confrère et de discuter la suite de la prise en charge ou le transfert). » GEF 53

« Il n'y a pas de minimum requis pour intervenir sur une urgence. Le médecin généraliste doit garder son calme, établir un bilan précis, réaliser les premiers soins techniques et évaluer la gravité. » GEF 34

« Le médecin généraliste est un élément de la chaîne des urgences, il doit savoir connaître ses limites et ne pas hésiter à s'appuyer sur le médecin régulateur du SAMU. Il est important de connaître son réseau, de savoir sur qui on peut s'appuyer. Il est le mieux placé pour évaluer la situation, donner les 1^{er} soins et prévenir les urgences pour la suite de la prise en charge. » GEF 55

5/ Les Formations Médicales Continues aux urgences et Médecin Correspondant SAMU

Peu d'étudiants connaissent au début de leur internat ce dispositif de MCS. Il fallait apprendre aux étudiants que les médecins généralistes dont le cabinet se trouvant à plus de 30 km des services d'accueil des urgences hospitalières peuvent être Médecin Correspondant Samu *id est* MCS. Le médecin généraliste, formé et équipé pour les soins d'urgence, est alors régulé par le SAMU pour se déplacer en premier sur un lieu d'urgence, évaluer en premier la situation et pratiquer les premiers soins en attendant l'arrivée du SAMU. En outre, différentes formations sont proposées au médecin dans les structures hospitalières pour se former à l'urgence.

« Il existe des médecins généralistes correspondants du SAMU : médecins dont les patients sont à plus d'une demi-heure d'un CH. Ce sont des médecins formés pour intervenir dans la première demi-heure. Si le MCS sort, le SAMU sort également. » GEF 39

« Suivre des formations de remise à niveau, d'apprentissage de gestes techniques, ou s'immerger avec des professionnels d'urgence afin de garder actif certains réflexes, appris pour la plupart en deuxième cycle et peu utilisés en pratique de médecine générale, nécessaires à la reconnaissance, l'analyse et la prise en charge immédiate de situation d'urgence réelle. » GEF 53

« Au cours de notre discussion, nous avons pris conscience de la nécessité de former les médecins généralistes à l'urgence en faisant intervenir les CESU de chaque département. » GEF 8

« Il existe de nombreuses formations pour la gestion des urgences qui se présentent au cabinet. Les urgentistes font des FMC adaptées aux besoins des médecins généralistes. » GEF 55

6/ La trousse d'urgence du médecin généraliste

Cet item permettait aux enseignants et étudiants de faire le point sur ce qu'un médecin généraliste devrait posséder dans sa mallette d'urgence.

« Disposer d'un minimum de matériel dans son cabinet et en visite (trousse médicale) et être apte à effectuer les « gestes qui sauvent ». » GEF 53

« Le matériel dans le cabinet ou la trousse d'urgence : aucune obligation médico-légale a priori. Conseil d'avoir notamment au niveau des médicaments ce que l'on sait manier, et des produits non périmés si possible. » GEF 23

« Il paraît donc indispensable d'avoir à disposition quelques moyens thérapeutiques efficaces dans l'urgence vitale :

- ROCEPHINE® en injection IM : purpura fulminans ;
- ADRENALINE® IM : choc anaphylactique, arrêt cardio-respiratoire ;
- VENTOLINE® (chambre d'inhalation pour les enfants) : crise d'asthme aiguë grave ;
- VALIUM® avec canule intra rectale : état de mal épileptique ;
- NATISPRAY® syndrome coronarien.

Il a été débattu d'autres molécules à posséder, mais le point important à retenir est : AVOIR DES MOLECULES DONT ON SAIT SE SERVIR. » GEF 20

« Créer sa propre trousse d'urgence, bien maîtrisée. » GEF 15

« Pas d'obligation légale. Achat des médicaments sans ordonnance sur le compte professionnel. La posologie des traitements peut être donnée par le régulateur. » GEF 46

7/ La gestion et protection psychique du soignant

Comme tout soignant confronté à des situations psychologiques difficiles dans des prises en charge compliquées, il est important de se protéger. Il existe des groupes de pairs et de paroles pour parler des situations difficiles.

« Repérer les situations qui nous font perdre notre sang-froid et les anticiper. Apprendre à gérer le stress en situation d'urgence. Se préserver des temps de repos, débriefer avec des confrères des situations difficiles. » GEF 53

« Il est important de ne pas « perdre ses moyens » lors d'une consultation d'urgence. Le médecin généraliste doit pouvoir rassurer le patient, le faire adhérer aux soins en toute confiance et en aucun cas, céder à la panique. Il est également important de ne pas se laisser submerger par la charge émotionnelle des urgences ressenties. Il existe des groupes de soutien (pairs, Balint) où il est possible d'échanger avec des confrères les situations jugées éprouvantes. » GEF 20

« Nous avons insisté sur la nécessité de pouvoir partager son ressenti post-intervention avec ses pairs. Cela a été l'occasion d'évoquer un des devoirs auxquels nous sommes soumis : le devoir de bienveillance envers nous-mêmes. » GEF 8

« L'urgence émotionnelle. Savoir gérer son stress émotionnel, ne pas hésiter à échanger avec les confrères ou équipe paramédicale, au cours de groupes Balint. Savoir rechercher du soutien et ne pas rester seul. L'échec thérapeutique, la mort, sont des confrontations quotidiennes: savoir se protéger. » GEF 15

8/ La médiation et la gestion des familles du patient urgent

La gestion des familles dans les situations d'urgence est parfois compliquée faute de temps, de compréhension. Le médecin généraliste est le médiateur de ces situations difficiles et doit savoir expliquer aux familles tout en respectant le secret médical la prise en charge du patient urgent.

« Information du patient et de la famille, le médecin traitant est un intermédiaire entre les urgences, le patient et la famille. » GEF 23

« Il est également le médiateur entre le patient et sa famille/son entourage dans les situations d'urgence. » GEF 55

« en cas d'urgence vitale, prendre le temps d'expliquer aux familles ce qui se passe (choc pour les familles). » GEF 22

9/ L'urgence psychiatrique

C'est un aspect compliqué de l'urgence : l'urgence psychiatrique avec la prise en charge de patient opposant, de refus d'hospitalisation, est difficile tant sur le plan médical qu'administratif. Les enseignants devaient parler des prises en charges de SPDT/SPDRE/SP. La gestion des patients agressifs en médecine générale était aussi abordée.

« Au niveau des urgences psychiatriques, il faut éviter de se mettre en danger. Savoir organiser une hospitalisation contre la volonté du patient. Les drogues sont à utiliser avec parcimonie. Savoir utiliser le 15 pour coordonner les soins, la police et les pompiers. » GEF 34

« Ne pas se mettre en danger lors de difficultés psychiatriques. Connaître les certificats. Savoir s'entourer des forces de l'ordre. » GEF 15

« Dans les urgences psychiatriques, si le généraliste est appelé par la famille, il doit éviter de se mettre en danger et savoir organiser une hospitalisation sous contrainte. L'utilisation des neuroleptiques doit se faire avec parcimonie. » GEF 54

10/ L'urgence sociale, l'urgence ressentie

Outre la prise en charge des urgences psychiatriques, il fallait également parler des urgences ressenties en médecine générale ainsi que les urgences sociales. C'est un pan de la médecine non négligeable que les enseignants devaient aborder au cours du GEF.

« Si on peut éliminer sans arrière-pensée l' « urgence réelle » et qu'on entre dans le cadre d'une urgence « ressentie », il faut expliquer au patient la situation d'incertitude, qu'il n'y a pas d'éléments de gravité. » GEF 53

« Communiquer de façon appropriée avec le patient en situation d'urgence vraie mais aussi ressentie pour permettre soit de convaincre de l'urgence et la nécessité de consulter aux urgences, soit de recentrer sur le problème urgent réel, soit de rassurer sur une urgence ressentie et permettre une prise en charge sereine et raisonnée. » GEF 12

« Les urgences sociales ne sont pas à perdre de vue. Travailler en réseau avec une équipe, psychologue, assistance sociale. » GEF 15

Un point intéressant de ce travail a été de répertorier les messages forts des internes et de dégager les messages inattendus qui ont émergé dans les différents groupes et que les internes ont retranscrits dans leurs travaux. Ces messages ont été classés et triés par catégories.

V - LES MESSAGES INATTENDUS

De 2013 à 2016 pour le GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale » les enseignants avaient sélectionné, dans leur préparation en amont, une dizaine de messages forts que l'étudiant devait être en mesure de capter et retranscrire dans sa trace d'apprentissage.

Mais après une journée de discussion entière autour de ce thème sont apparus au sein des groupes « des messages inattendus » que les étudiants ont retranscrits dans leurs écrits.

A l'instar de la thèse d'Audrey Doutone, parmi les messages retenus par les internes se dégagent des messages « inattendus ». Ces derniers sont retrouvés dans les traces d'apprentissage souvent cachés au milieu des messages forts attendus des enseignants.

Toutes années confondues, ils ont été listés à partir des 52 GEF analysés. Les messages inattendus ont été retranscrits et classés par catégorie.

1 / L'abord théorique de l'urgence en médecine générale

- Tenir compte du concept du « carré de white »

« la prévalence des maladies graves en médecine générale est faible : carré de White. » GEF 6

« En effet, notre vision à nous, internes du système hospitalier est de tout voir sous l'angle de l'urgence et du prisme hospitalier, regroupant par la force des choses, cette partie infime de la population générale atteinte de pathologies graves. » GEF 1

- L'instinct médical, le « Gut feeling »

« Face aux urgences, faire appel à son « Gut Feeling ». » GEF 27

« Le Gut Feeling, c'est le fait de prendre ses décisions sur une impression un sentiment, et non pas sur des données scientifiques bien formalisées, cela ne rentre pas dans une « case ». (...) il existe un sentiment d'alarme, où le médecin se dit qu'il y a quelque chose qui cloche. » GEF 28/49

- Le problème de la transposabilité du cas clinique du SAU en médecine générale

« Il s'était posé, face à cette situation urgente et angoissante, la question de la transposabilité d'une telle situation en médecine générale. » GEF 8

2/ L'urgence en médecine générale et l'aspect médico-légal

- La place des certificats de coups et blessures aux urgences, les certificats médicaux initiaux

« on ne fait pas de certificat médical initial de blessure si le patient ne le demande pas. Certificat sur demande. » GEF 4

- Le problème du secret médical et la mise à jour du dossier médical, les dérogations au secret médical (informations faites aux familles ?)

« Attention: urgences n'est pas synonyme d'abolition du secret médical. La présence des familles près des patients sont souvent la possibilité de passer outre le secret médical. » GEF 15

« Urgence médico-sociale : Secret professionnel avec les assistantes sociales : comment concilier secret professionnel et partage d'informations ? » GEF 10

- Noter les soins faits et le refus de soins dans le dossier du patient

« Après discussion lors du GEF, il s'avère que la plupart d'entre nous aurait en effet notifié le refus dans le dossier et aurait reconvoqué d'office le patient à 48 heures pour recontrôler l'évolution. » GEF 17

« Le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient de recevoir les soins. Malgré cela, un patient a le droit de refuser les soins le concernant (Loi Kouchner). Dans ce cas, s'assurer de la traçabilité des informations données au patient (bien remplir le dossier médical) = notion médico-légale. » GEF 25

- Noter les conseils donnés au patient sur l'ordonnance notamment en pédiatrie

« De notre discussion, il est ressorti qu'il reste toujours un part d'incertitude dans chaque situation que celle-ci soit urgente ou non urgente. Nous avons jugé qu'il était parfois utile et judicieux d'inscrire des conseils de surveillance pour les patients sur nos ordonnances (surtout en pédiatrie). » GEF 8

- **Les certificats de décès et directives anticipées à rechercher dans l'urgence. La prise en charge des fins de vie à domicile**

« Urgence et fin de vie : essayer de récupérer les directives anticipées du patient. Formulaire disponible sur le site ameli.fr. Les proposer à chaque patient du cabinet lorsque la situation le nécessite. » GEF 27

« Idéalement, il faut aborder la question avant toute situation d'urgence. » GEF 4

« Au cabinet : évoquer les directives anticipées avec la patientèle. Formulaire site CPAM. A l'hôpital, appeler le médecin généraliste pour connaître les directives anticipées. » GEF 46

3/ La gestion de l'urgence en médecine générale et le professionnalisme

- **Connaître la pharmacie de garde, le lieu des défibrillateurs dans une ville**

« importance d'avoir une organisation ++ et de hiérarchiser les différents temps d'action et recherche des endroits et des personnes ressources : pharmacie pour Défibrillateurs automatiques externes (DAE). » GEF 32

- **Savoir revoir un patient à 24-48 heures (surtout le patient qui refuse l'hospitalisation)**

« devant un refus d'hospitalisation ou de transfert, revoir le patient au plus tôt et donner les consignes de surveillance et la conduite à tenir en cas d'urgence. » GEF 13

« réévaluation du patient à 48H si prise en charge ambulatoire. » GEF 30

- **Avoir une pièce à part dans cabinet pour recevoir les urgences ou surveiller certains patients**

« Avoir une pièce pour surveillance des urgences ? oui, mais sur une courte durée et pour des cas précis. » GEF 12

« S'organiser au sein du cabinet et avoir une salle d'urgence en plus de la salle de consultation. » GEF 46

« En cabinet, il est utile de prévoir une petite salle, avec un lit, pour garder quelques heures en observation les patients, pour pouvoir ré-évaluer, ou en attendant les ambulances. » GEF 28/49

- **Savoir s'aider des centres références comme le CAP Angers / SOS mains / centre anti douleurs**

« Ressources. Intoxications : Centre antipoison = avis spécialisé, bonne ressource, transposable au cabinet. Atteinte mains : SOS mains (site internet : centre de références par région) = avis téléphonique pour conseils prise en charge. Douleurs chroniques : centre antidouleur. » GEF 46

« L'information utile a posteriori est que si une telle situation m'arrive en cabinet, on a l'avantage d'avoir accès au centre anti-poison, dont la compétence et l'enseignement sont souvent exemplaires. » GEF 28/49

- **S'aider des scores validés dans la littérature comme le score de FAMG**

« Il existe un score le FAMG (exercer) intéressant pour la fibrillation auriculaire chez le sujet âgé. Savoir demander l'avis du cardiologue, connaître ses limites et savoir s'appuyer sur les autres. » GEF 52

- **La place des intervenants extérieurs paramédicaux et sociaux comme assistante sociale**

« Les urgences sociales ne sont pas à perdre de vue. Travailler en réseau avec équipe, psychologue, assistance sociale... » GEF 15

- **La prise en charge des animaux quand leur maître est pris en charge aux urgences**

« Que faire des animaux en cas de prise en charge de leur maître en urgence ? » GEF 4

4/ Savoir gérer une urgence ressentie versus une urgence vraie

- **Entendre que la douleur même chronique peut-être vécue comme une urgence**

« Prise en charge d'une douleur chronique est difficile en urgence car elle intègre une composante pluridimensionnelle. Il s'agit le plus souvent de patients chronophages. Vécu difficile par les soignants. » GEF 46

- **Se méfier des motifs cachés « ah au fait docteur ... » qui peuvent révéler une urgence**

« Se méfier du « ah au fait, docteur... » souvent révélateur du vrai motif de consultation. (...) il a été mis en lumière le manque de temps dans une consultation de médecine générale, et que malgré tout, il faut savoir prendre le temps. » GEF 39

5/ Les urgences psychiatriques en médecine générale

Beaucoup de messages inattendus ont concerné les prises en charge des urgences psychiatriques.

- **Le problème des certificats SPDT/SPDRE/SP : site HAS pour récupérer les certificats- type**

« avoir des modèles de certificats dans la trousse, doit être écrit à la main. » GEF 3

« Pour les demandes d'hospitalisation en psychiatrie sous contrainte, les certificats sont disponibles sur site de l'HAS. » GEF 13

- **Le problème des médicaments à prescription hospitalière comme le Loxapac®**

« Si en ville, le médecin généraliste a besoin de sédaté un patient, il doit appeler le SAMU car par exemple, le Loxapac ® (souvent utilisé pour sédaté les patients !!! avec les antidépresseurs : risque de torsade de pointe !!!) est désormais un médicament hospitalier. Le médecin généraliste peut cependant déjà utiliser un anxiolytique per os. » GEF 47

- **Le problème de l'approche relationnelle de la bouffée délirante aiguë, ne pas rompre la relation de confiance**

« il n'existe pas de protocole « type » pour la prise en charge pratique des patients présentant une bouffée délirante aiguë (...) il faut privilégier l'approche relationnelle. » GEF 4

- **Ne pas se mettre en danger avec un patient agressif ou les urgences psychiatriques /Savoir utiliser le langage non verbal chez un patient agressif**

« Lorsque la discussion devient difficile, houleuse, ou que la communication verbale est inefficace, il faut trouver d'autres moyens, d'autres stratégies tactiques. Plusieurs sont à notre disposition comme la communication non verbale. On envoie et on reçoit en permanence des signes non verbaux qui transitent par des expressions du visage, des gestes et postures, le ton de notre voix, les silences, le toucher. » GEF 28/49

« Comment s'imposer face à un patient agressif/fermé à la discussion ? (...) utiliser des stratagèmes pour gagner la confiance du patient, tactique de communication et de négociation. Prêter attention au langage non verbal (s'asseoir à côté du patient, lui prendre la main ...) pour diminuer le conflit/l'agressivité du patient. » GEF 26

- L'évaluation du risque suicidaire / l'échelle RUD

« C'est l'échelle « RUD » : Risque – Urgence - Dangérosité. » GEF 51

VI - LES COMPETENCES

Mettre en lumière les compétences mobilisées au décours du travail de synthèse est un élément clé pour bien réussir sa boucle d'apprentissage. Certains étudiants ont su parfaitement faire apparaître lesdites compétences. En revanche, tous n'ont pas référencé leurs compétences à partir de la « marguerite ». Et ce, toutes années confondues, y compris 2016.

11 étudiants ont évoqué dans leurs travaux des compétences acquises sans se référer à celles de la marguerite, comme par exemple *Compétences « Adapter son raisonnement »* ou bien encore « *exécuter avec sécurité les gestes techniques* ».

25 étudiants ont fait référence aux compétences de la marguerite.

16 étudiants ne les ont pas fait du tout apparaître dans leur travail.

Pour les étudiants les ayant correctement citées, il apparaît que chacun des pétales a été mentionné au moins une fois. Toutes les compétences de la marguerite ont été citées par les étudiants dans ce GEF. Peu d'étudiants ont explicité les compétences mentionnées.

3 étudiants se sont auto-évalués à partir desdites compétences « compétent/intermédiaire/novice ».

Par ordre décroissant :

1/ Premier recours - urgences

Comme pouvait le présager l'intitulé du GEF, tous les étudiants ayant listé correctement les éléments de la marguerite ont cité cette compétence.

« Un élément fondamental de cette relation médecin-malade est que le généraliste a souvent toute la confiance de son patient. Cependant, la gestion d'une situation d'urgence en cabinet peut être difficile et le médecin doit connaître ses limites et doit savoir s'appuyer sur ses confrères. » GEF 42

2/ Approche centrée sur le patient, relation communication

C'est une compétence centrale citée dans pratiquement chaque synthèse. C'est une composante phare de la prise en charge des patients qui consultent pour une urgence vraie ou ressentie.

Savoir communiquer avec les patients et leur entourage est un pilier très important de la médecine.

« Rôle d'information des patients (...) réassurance en pédiatrie, information de la famille en cas de pronostic vital engagé à plus ou moins long terme. » GEF 7

3/ Approche globale, complexité

Les situations cliniques exemplaires de chaque étudiant ont permis aux différents groupes d'évoquer la richesse des différentes prises en charge en fonction des contextes géographiques et sociaux. Avec un même cas clinique et selon un contexte socio-culturel différent, certaines prises en charge sont différentes et cet ensemble constitue un aspect caractéristique du métier de médecin. La complexité est difficile à appréhender pour un étudiant mais elle s'acquiert à mesure.

« Identifier, évaluer les différents éléments disponibles selon la situation et leurs interactions (complexité) dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel) pour les prendre en compte dans la décision. » GEF 10

« Certes l'avis des spécialistes est plus aisé intramuros mais le médecin généraliste, s'il profite d'un bon réseau de soins, est le mieux placé pour répondre à des situations complexes et une prise en charge globale étant le référent du patient. » GEF 15

4/ Continuité suivi coordination des soins

Cette compétence a été soulignée de nombreuses fois. Le médecin traitant est un pilier dans la prise en charge de ses patients en situation d'urgence. Une fois l'urgence passée, il assure le suivi et la continuité des soins.

« Il s'agit de mettre en place la thérapeutique initiale puis au long terme (et donc le suivi) d'un patient chez qui une phlébite a été diagnostiquée. » GEF 45

« Le médecin généraliste n'est absolument pas exclu de la médecine d'urgence, et c'est souvent par lui, dans le monde rural par exemple, que passent les premiers gestes et soins. Il est donc primor-

dial pour lui d'avoir un réseau de professionnels, dans l'optique d'une meilleure prise en charge. Enfin, étant le médecin de famille, le suivi peut être beaucoup plus aisé qu'en médecine hospitalière. » GEF 15

5/ Professionnalisme

Cette compétence a été citée par les étudiants à maintes reprises.

« Le « professionnalisme » est également abordé dans cette recherche puisque le but principal de toutes ces recherches et de ma réflexion est de m'améliorer pour les prochaines consultations présentant ce type de problème. » GEF 45

6/ Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire

L'éducation en santé n'a été que très peu citée.

« Les urgences ne sont pas nécessairement synonymes de pathologies urgentes. Elles relèvent parfois de pathologies chroniques et également, à ne jamais sous estimer, de difficultés sociales majeures [...] il est important de savoir s'entourer d'équipes sociales et/ou psychosociales. L'éducation, le dépistage, la prévention faite par le médecin généraliste [...] dans certaines situations sont majeurs. » GEF 15

Le travail de l'étudiant se termine par la boucle d'apprentissage. Il se doit de faire de son cas clinique casuistique et de sa synthèse une expérience réutilisable dans sa pratique future. Ces boucles ont été recherchées dans ce travail.

VII - LA BOUCLE D'APPRENTISSAGE

Sur 52 GEF, seulement 15 étudiants l'ont fait clairement apparaître dans leur travail :

« dans ma pratique future »

« c'est ce que dorénavant je ferais.... »

« Il me semble aujourd'hui essentiel que... »

« Pour ma pratique future : l'urgence en médecine générale ne se limite pas à l'urgence biomédicale mais intègre également d'autres composantes telle que l'urgence sociale, elle intègre le patient au sein de son environnement et de sa localisation géographique. L'urgence en médecine générale est relative (carré de White) l'urgence vraie est rare mais des signaux d'alerte doivent être recherchés précisément et systématiquement. » GEF 3

« Pour mieux prendre en charge une situation similaire si elle se présentait, j'ai dans un premier temps refait le point des étiologies à évoquer devant une hématurie, les grandes lignes à retenir, et dans un second temps fait une synthèse des discussions que nous avons eues autour de ce cas. » GEF 53

« Au total, je retiens que l'écoute, l'empathie et la disponibilité sont indispensables dans ces situations, et que si cela n'est pas suffisant, il faut savoir hospitaliser éventuellement sous contrainte pour le bien du patient. » GEF 43

« J'aurais dû écouter ses plaintes dans un 1^{er} temps, comprendre pourquoi elle voulait absolument que je regarde sa gorge, essayer de la rassurer. Puis dans un 2^{ème} temps, exposer l'urgence que je ressentais. C'est ce que je ferai dorénavant. » GEF 24

« Il nous faudra convaincre au mieux nos patients d'accepter les soins quand ceux-ci y sont réticents, les techniques d'entretien motivationnel peuvent s'avérer être très utiles dans ces situations. C'est pourquoi j'envisage au prochain semestre de réaliser cette formation. » GEF 25

« Je pense devoir encore travailler sur la communication avec les patients même si je suis plus à l'aise depuis que la situation que j'ai présentée s'est produite. » GEF 35

« De par cette expérience clinique personnelle, il appert que l'orientation directe aux urgences d'une suspicion de méningite se fait à partir de la clinique et la clinique seulement. Tant pis s'il s'agit de faire une ponction lombaire blanche. Pour ma pratique future, si nous, médecins, expliquons aux patients les enjeux d'une telle prise en charge, alors il n'y aura aucun ressentiment à faire des examens paracliniques pour se rassurer. » GEF 39

« la trousse d'urgence : appliquée dès aujourd'hui en vue de mon premier remplacement ! » GEF 40

« La prochaine fois, établir un plan d'action, éviter de « trop » paniquer ! Penser au défibrillateur, laisser tomber la voie veineuse périphérique et l'adrénaline® et se concentrer sur les choses essentielles 1) RCP et 2) appel au SAMU. » GEF 32

RESULTATS DES EVALUATIONS DE FIN DE SEANCE

68 évaluations de fin de séances ont été récupérées et analysées. Les évaluations sont anonymes et comportent deux champs :

- le semestre de l'étudiant
- un champ de commentaires libres

Sur les 68 évaluations toutes années confondues de 2013 à 2016 : 28 étudiants étaient en deuxième semestre (S2), 3 en troisième semestre (S3), 20 en quatrième semestre (S4), une en cinquième semestre (S5) et 16 en sixième semestre (S6). Il n'y avait aucun premier semestre.

Une analyse globale des commentaires a été faite tous semestres confondus.

Dans 20 commentaires sont apparus les termes « médecine générale », « ambulatoire », « médecine de ville », « cabinet de ville » et « exercice libéral ».

Plusieurs *verbatim* ont été extraits pour illustrer le premier ressenti du GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale ». Les *verbatim* analysés ont été classés selon la forme ou le fond du GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale ».

1/ Le premier ressenti du GEF / Les appréciations globales des étudiants

« formateur, bonne formation, utile, pratique, instructif, enrichissant, intéressant, concret, constructif, utile pour la médecine générale, parfois trop paternaliste. »

2/ La Forme du GEF

Le caractère formateur mis au premier plan :

« très pratique, intéressant et formateur » S2

« les GEF nous forment mieux que les autres séminaires sur la réflexion devant des situations concrètes » S6

« beaucoup plus instructif qu'un groupe de pratique » S6

« c'est ainsi que les groupes de pratique devraient se passer » S6

« beaucoup plus concret pour nous de partir de situations que nous rencontrons » S6

« plus intéressant que les cours théoriques » S6

« les échanges sont plus riches que les autres types d'enseignement » S6.

Les échanges avec des internes de tous niveaux / le vécu des autres / l'interactivité :

« on apprend beaucoup de l'expérience des autres » S2

« intéressant d'avoir partagé des situations avec des internes plus âgés sur la gestion des urgences en ambulatoire » S2

« sujets qui nous sont propres permettant des échanges sur des cas cliniques différents » S2

« intéressant de voir ce qui a posé problèmes aux autres internes » S3

« partage d'expérience » S4

« utile car discussion autour des situations vécues » S5

« interactif, bons échanges » S2

« des animateurs au top, échanges vivants » S2

« travail en groupe, intervenant dynamique » S3

Le travail en groupe restreint :

« travail en petit groupe performant » S4

« petit groupe permet d'échanger plus facilement » S5

L'organisation des GEF en pratique :

« ambiance détendue » S6

« l'organisation des GEF dans les différents départements est très intéressante » S2

« séminaire bien ficelé » S4

« formule toujours efficace » S6

Difficultés ressenties, l'absence de réalisation de niveau 1 :

« très orienté ambulatoire, difficile quand on n'a pas fait le niveau 1 » S2

« je n'ai pas fait le praticien, je pense être limité dans les questions que je pourrais me poser dans le cadre d'un cas clinique » S2

« difficulté lorsque l'on n'est pas passé en médecine générale ? » S2

Le GEF, groupe de parole pour certains étudiants / ne répond pas aux attentes :

« participation parfois superflue car certains internes ressentent le besoin de parler de leur problème perso, déviation » S4

« succession d'anecdotes personnelles sans fin et sans réponses apportées (que faire devant une douleur thoracique ?) » S4

Le manque de support théorique :

« avoir plus de documents types (trousse urgence du médecin généraliste) » S4

« Trousse d'Urgence à évoquer plus » S2

3/ Le fond du GEF, le contenu

L'abord des situations d'urgence en médecine générale :

« sujets très divers qui prouvent que la relation médecin-malade reste au coeur de la médecine. » S2

« démarche intéressante en médecine générale comme pour le DESC » S2

« intéressant d'apprendre qu'il y a possibilité de faire de l'urgence en médecine générale sans faire le DESC » S2

« réflexion de groupe intéressante autour des prises en charge d'urgence avec transposition en cabinet de ville » S4

« réalité différente de l'hospitalier » S2

La diversité des questions abordées / La richesse des échanges :

« enrichissant, bonne évaluation d'ensemble des situations d'urgence » S2

« on aborde des questions éthiques et pratiques » S4

« très polyvalent, messages clairs » S4

« discussion variée » S4

« questions pertinentes et discussion intéressante » S2

Une thématique vaste :

« difficultés à brasser toutes les problématiques » S2

« un peu répétitif » S2

Les Ressources pour la pratique :

« trousse d'urgence »

« documents types »

« conseils pratiques »

« réponses pertinentes apportées par animateur »

« messages clairs »

Référence à la boucle d'apprentissage :

« permet d'avoir des aides et outils pour pouvoir gérer des situations d'urgence qui se représenteront plus tard » S6

« outils pour gérer des futures situations d'urgence » S6

« la discussion entre étudiants permet d'apporter les réponses aux questions posées » S6

« Conseils/expérience des médecins présents, permet d'axer les recherches, idée des messages clés sur la thématique est très appréciable » S2

Commentaires libres annexes :

« raconter son histoire plutôt que de la lire » S2

« insister sur la nécessité de faire des récits pour les internes avant de venir pour de meilleurs débats » S2

DISCUSSION

L'analyse des données recueillies sur les 4 années a été riche.

Les messages attendus étaient bien retranscrits par les étudiants sur les 4 années. Ils n'ont pas été classés selon les années. Ils étaient homogènes d'un groupe à l'autre et d'une année sur l'autre peut être parce que les enseignants-animateurs devaient s'attarder dessus quand les discussions du groupe s'y prêtaient. Tous les éléments clés ont été cités par les étudiants.

Les messages inattendus étaient aussi riches que différents et ils variaient nécessairement d'un groupe à l'autre et d'une année sur l'autre. Les messages inattendus sont liés aux récits cliniques des étudiants et leur apparition dépend de leurs histoires et débats. Par la même, Ils sont une ressource étendue et reflètent la richesse que peut proposer ce type d'enseignement. Ils sont une source de recherche et d'apprentissage illimités.

Toutes les compétences de la marguerite ont été citées au moins une fois. Ce GEF a permis de de toutes les balayer. La boucle d'apprentissage apparaît clairement dans certaines synthèses. L'analyse des évaluations de fin de séances a révélé beaucoup de points de discussion. Elle a soulevé plusieurs interrogations.

A partir de l'analyse des données issues du GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale », il s'est posé comme principale question de savoir si les objectifs et attentes étaient atteints. Ces travaux permettent de proposer une évaluation de cette approche pédagogique.

Pour pouvoir appréhender au mieux l'analyse des travaux et évaluations de fin de séance des étudiants, il a été utilisé deux niveaux de lecture par deux observateurs différents.

Points forts et limites de la méthodes

Il a été employé une approche qualitative pour réaliser ce travail [29,30]. Elle était celle qui nous apparaissait la plus appropriée [31]. C'est une approche méthodologique de plus en plus utilisée dans la recherche médicale scientifique. Le ou les observateurs s'emploient à décrire au mieux (au plus proche de la vérité) un phénomène, une expérience, une relation entre médecin et malade... Cette méthode essaie autant que faire se peut, de donner un sens à des phénomènes et réactions à partir de données et d'expériences de participants.

La recherche qualitative est bien définie. Ces méthodes de recherche sont rigoureuses. L'observateur de ces expériences et travaux doit avoir les mêmes références symboliques pour avoir une meilleure compréhension de ce qu'il observe [32]. C'est une force dans cette étude et une faiblesse. L'analyse de ces données, même en essayant d'être le plus neutre possible impose tout de même une interprétation subjective [33].

Bien que de plus en plus employées dans les recherches méthodologiques scientifiques, ces méthodes d'analyses reposent sur le ou les observateurs de données.

L'approche méthodologique de cette étude peut se rapprocher des méthodes de triangulation. La triangulation se définit comme une démarche où l'on croise différentes approches d'un objet de recherche, dans le but d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus [34]. L'idée de triangulation repose sur un principe de validation des résultats par la combinaison de différentes méthodes visant à vérifier l'exactitude et la stabilité des observations.

En l'espèce, cette étude s'est fondée sur l'analyse des récits et des évaluations de fin de séance en double lecture [35].

L'approche quantitative ne paraissait pas appropriée pour réaliser ce type de travail. Faire une approche statistique n'apportait rien à l'analyse et ne permettait pas de répondre aux questionnements posés dans cette étude.

Il existe d'autres limites à ce choix méthodologique :

Malgré la non exhaustivité des récits travaillés de 2013 à 2016 et qui constitue un biais de sélection, après la lecture des 52 récits toutes années confondues, aucun nouveau message (attendu ou inattendu) n'est ressorti. Néanmoins, comme cette étude n'est pas une étude quantitative, il faut s'efforcer de savoir si l'échantillon des récits et évaluations était raisonné.

Il peut être épineux de clairement affirmer que notre échantillon était raisonné car bon nombre d'éléments manquaient. Certes les synthèses et évaluations de fin de séance provenaient d'années différentes et de groupes différents mais nous n'avons aucune idée du sex ratio des étudiants, de leur âge, de leur territoire géographique en stage ou de leur semestre en cours. La plupart des synthèses et récits récupérés auprès des intervenants ne mentionnaient que le nom et prénom de l'interne, le semestre était très souvent absent. A l'inverse, les évaluations de fin de séance étaient anonymes et seul le semestre de l'étudiant était inscrit. Cela ne nous permettait pas de superposer les deux supports de notre méthode.

Retour sur l'analyse des évaluations de fin de séance

L'analyse des évaluations de fin de séance a soulevé pléthore de questions. Après une première lecture, les commentaires de fin de séance avaient été classés en points forts et points faibles. Mais au final, cette dichotomie n'a pas été retenue car il apparaissait une part importante de subjectivité dans ce classement. Et puis, ce qui pouvait être un point fort pour certains internes pouvaient être une faiblesse pour d'autres. Un classement des commentaires des évaluations selon la forme et le contenu du GEF a été préféré car jugé plus neutre d'interprétation.

L'analyse des évaluations des étudiants est riche et permet de débattre autour de plusieurs points notamment sur l'attente des internes sur les GEF.

Il est intéressant de voir que les étudiants les plus jeunes dans leur cursus apprécient la richesse des échanges notamment avec des internes avec un cursus plus avancé. Il faut noter que de nombreux commentaires d'étudiants en fin de cursus ont souligné le caractère formateur de cet apprentissage pédagogique.

Certains internes ont par leurs remarques, montré que le GEF a toute sa place dans les nouvelles méthodes d'enseignement pédagogiques, certains étudiants ont souligné les caractères intrinsèques des GEF comme points positifs.

La forme du GEF est très appréciée. Le contenu du GEF en revanche fait plus débat et ne correspond pas toujours aux attentes de certains étudiants.

En outre, sans pour autant parler de points faibles, certains étudiants ont relevé que l'absence de niveau 1 pouvait constituer un frein dans la réalisation du GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale ».

La forme des GEF appréciée

De nombreux internes soulignent le GEF comme bon outil d'apprentissage dans sa forme. (« *utile concret, instructif, « travail en groupe, bien en MG»* »). Certains ont souligné leur préférence pour ce type d'outil par rapport à des méthodes d'enseignement plus classiques (« *c'est comme cela que les séminaires devraient être* »). Sans pour autant remplacer les séminaires, c'est une ressource pédagogique supplémentaire pour permettre de former les jeunes médecins en tant que futur professionnel de santé.

En outre, quelques étudiants ont parfois regretté que ce GEF s'apparente à un groupe de paroles et que certains internes parlent de leur expérience difficile.

Quelques internes ont fait part du manque de support théorique.

Le manque de support théorique

Il appert que les étudiants souhaitent avoir un support théorique ou expriment un besoin d'avoir des réponses immédiates à leur questionnement (« *que faire concrètement devant une douleur thoracique ??* » S4 ; « *trousse d'urgence à évoquer plus* » S2). Le GEF, par essence, ne répond pas à l'attente de certains étudiants qui semblent moins réceptifs à ce type d'enseignement. Il est nécessaire de leur laisser un peu plus de temps pour appréhender au mieux le changement de paradigme [36]. C'est à l'étudiant de se poser les questions et de trouver ses réponses après un travail de recherche.

Donner en annexes trousse médicale urgence et certificats ?

En corollaire de ce constat, et ce, toutes années confondues, le problème du contenu de la trousse d'urgence et des certificats ont fait débats dans les synthèses des étudiants.

Certains étudiants avec l'aide de leur enseignant ont fait un récapitulatif de la pharmacopée à avoir. Certains enseignants ont même donné à leur groupe des modèles de certificats type (SPDT et SPDRE).

Le contenu des évaluations de fin de séance

Les attentes semblent faire débat et, *in fine*, celles du GEF « Urgences vraies ou ressenties en médecine générale ».

Il appert que les attentes entre étudiants de différents semestres sont différentes car leur évolution dans leur cursus est différente. Il est vrai qu'un étudiant en fin d'internat ne se pose pas les mêmes questions qu'un interne en deuxième ou troisième semestre.

Si beaucoup d'internes ont apprécié le caractère riche du GEF « Urgences ... » avec la variété de questions et réponses apportées, d'autres ont déploré l'impossibilité d'énoncer toutes les situations d'urgence.

Certains internes ont mis en relief leur expérience dans leur écrit et à l'oral et ont exprimé leur souffrance face à certaines situations vécues comme difficiles. D'autres ont eu comme attente d'exprimer leur mal-être à travers un récit d'écriture. En miroir de ce simple constat, certains étudiants ont soulevé dans leur évaluation que les GEF n'étaient pas un groupe de paroles. Dans ce contexte, il est intéressant de voir que le GEF « Urgences... » n'a pas répondu à l'attente de certains étudiants.

Ces évaluations ont permis de montrer que les jeunes médecins en devenir n'ont pas les mêmes attentes dans leur apprentissage. Ce qui est attendu pour certains ne l'est pas pour d'autres. Certes, un GEF n'est pas *stricto sensu* un groupe de pairs ni un groupe de paroles mais un des points essentiels discuté autour de ce thème était de se protéger soi-même. Se protéger soi-même et être en capacité d'exprimer sa souffrance dans un récit ou à l'oral, est-ce forcément négatif ? N'est-ce pas répondre à cette problématique d'auto-protection en exprimant ces difficultés et en recherchant l'appui moral et réconfortant des enseignants-animateurs sur des prises en charges médicales difficiles ? Est-ce vraiment négatif de parler de ses expériences personnelles qui nous tiennent à cœur ? Ne peut-on pas le prendre comme un élément de discussion, de contenu du GEF ? Le contenu du GEF ne peut-il pas se fonder sur des messages personnels ?

Tous ces éléments sont sujets à discussion. Certains commentaires vont dans un sens, d'autre dans l'autre. Les étudiants dans leurs commentaires montrent leur implication et leur appropriation de ce nouveau type d'enseignement. Si certains étudiants semblent pleinement satisfaits et sont en harmonie avec ce qui leur est demandé dans ce type d'exercice, d'autres sont plus imperméables et ne s'approprient pas complètement cette méthode pédagogique.

Les difficultés incompressibles

Il y avait peu de points de difficultés dans tous les commentaires lus et il est retrouvé quasi en exclusivité l'écueil de niveau 1 avant la réalisation de ce type de travail pédagogique. Cet écueil a été souligné uniquement par des étudiants de deuxième semestre. Il peut paraître difficile en effet pour un étudiant n'ayant pas réalisé son stage ambulatoire de parler de situations de médecine générale vues au cabinet. C'est une difficulté soulignée dans les commentaires de ce GEF. Cette limite a été retrouvée dans l'analyse réalisée par le Dr Doutone [28].

D'une manière générale, il est difficile d'appréhender cette nouvelle méthode d'enseignement sans avoir fait son niveau 1. Et ce, quel que soit l'intitulé du GEF.

Pour les internes n'ayant pas réalisé leur stage en ambulatoire il existe une projection altérée du travail des autres, l'angle de vue « médecine générale pure » est absent. Il peut être difficile de s'approprier les récits des autres sans avoir eu l'expérience du stage ambulatoire.

La transposition d'urgence vue en structure hospitalière en médecine de ville

Il faut noter qu'une partie des récits retraçaient des situations cliniques vues dans le milieu hospitalier. Le GEF est pensé pour permettre la construction des pratiques de futurs médecins généralistes, le mieux étant donc d'avoir des situations « de médecine générale ». Néanmoins, il faut noter que dans les récits « d'expérience hospitalière », les internes et groupes d'étudiants transposaient leur cas clinique en situation de médecine ambulatoire. *« qu'est ce que j'aurais fait si j'avais eu la même situation en médecine générale dans mon cabinet ? »*

Les GEF doivent permettre à l'étudiant d'apprendre les « savoir-agir complexes » à partir d'expériences faites en médecine générale.

Comme les internes ont très peu de stages en ambulatoire (le niveau 1 et pour certains, mais pas tous, le niveau 2 SASPAS) il était inévitable de rencontrer dans ce GEF « urgences ressenties ou vraies en médecine générale » de nombreux récits venant des urgences. Cela aurait pu être un écueil mais les étudiants ont su se repositionner par rapport à une pratique ambulatoire.

Les messages forts attendus et inattendus

Les messages attendus étaient globalement homogènes et bien retranscrits par les étudiants sur les 4 années. Ils n'ont pas été classés selon les années. Cette homogénéité est à lier avec la liste des mots clés préalablement établie par les enseignants-animateurs.

Les messages inattendus varient d'un groupe à l'autre car les discussions entre enseignants et étudiants sont bien évidemment riches de complexité et imprévisibles d'un groupe à l'autre et d'une année sur l'autre. Certains messages forts inattendus sont la prolongation de la discussion des groupes à partir d'un message fort attendu. L'*organisation du cabinet médical* comme *posséder une pièce à part* peut facilement se rapprocher de la gestion du cabinet et la formation du personnel.

Les difficultés évoquées par les internes dans *la rédaction des certificats médicaux* pour les hospitalisations à la demande de tiers ou pour péril imminent sont dans la continuité de l'item *urgences psychiatriques*.

Certains messages inattendus sont également nés d'un ou plusieurs récits lus par les étudiants sur des problématiques bien précises (Score RUD/ FAMG). Comme ce n'est pas une liste exhaustive et pour compléter au maximum les connaissances et apprentissages de l'interne, il a été recherché et trié les messages inattendus pour pouvoir permettre aux enseignants de donner d'autres clés aux internes.

La problématique de la boucle d'apprentissage

L'écueil mis en lumière dans la thèse du Dr Doutone était l'absence de réponses aux questionnements des étudiants dans leurs travaux de synthèse. Quant à la très attendue boucle d'apprentissage, elle était inexistante [28].

Il a été recherché dans l'analyse si l'interne se posait des questionnements, le fond de la question et leurs réponses propres n'ont pas été évalués. A chaque récit clinique exemplaire apparaissait un ou plusieurs questionnements posés par l'interne avec une recherche permettant d'y répondre. Leur seule présence a été recherchée. Les questions et réponses en elles-mêmes n'ont pas été analysées. Il y avait autant de questions et réponses différentes que de récits.

La problématique des synthèses faites par les étudiants dans ce GEF n'est plus autour de l'absence de questions et réponses, cet élément a été bien intégré dans la rédaction des notes des étudiants. La problématique se retrouve autour de la boucle d'apprentissage.

Contrairement au premier travail de 2013, les étudiants ont dans la majorité des GEF su poser des questionnements et apporter leurs réponses propres. L'écueil des GEF analysés se reporte sur la

boucle d'apprentissage. C'est un élément clé dans l'apprentissage par compétences pour pouvoir permettre de certifier les acquisitions de l'étudiant. Elle est chère aux enseignants car elle permet de voir comment l'étudiant va appréhender ses futures prises en charge grâce aux « savoir-agir complexes » qu'il a pu apprendre au cours du GEF.

Stricto sensu, elle est très souvent absente. Cependant elle semble s'ancrer de plus en plus dans les traces d'apprentissage des étudiants. Elle apparaît bien clairement dans certains travaux. Certains étudiants ont très bien su la faire apparaître dans leur synthèse. Deux internes l'ont fait apparaître avec un intitulé clair « *dans ma pratique future...* ». La boucle n'a été retrouvée qu'à la fin des synthèses.

Etudiants et enseignants commencent à se familiariser à ce type d'exercice. Au travers des quatre années, on voit clairement apparaître le point final du GEF quand l'interne fait apparaître « *dans ma pratique future...* » On voit aux travers des récits et synthèses la progression et le cheminement intellectuel de l'interne.

En comparaison avec le travail de thèse du Dr Doutone, on peut voir pour ce GEF que les étudiants ont mieux compris les consignes. On peut supposer que la préparation en amont des GEF a été de meilleure qualité et que les étudiants commencent à se roder à ce type de travail.

En revanche, et ce, malgré une meilleure compréhension des consignes par rapport au travail de 2013, certains étudiants restent encore un peu imperméables à ce type d'exercice. Certaines synthèses sont dépourvues de substance, il manque parfois la synthèse des points forts de la journée de discussion, parfois les compétences mobilisées et la boucle d'apprentissage, voire tout. Comme les commentaires libres de fin de journée de GEF sont anonymes, il est difficile de savoir si les étudiants qui soulèvent les points à débattre sont en début ou fin de cursus et si ce sont les mêmes étudiants qui ne font pas apparaître les compétences à mobiliser et la boucle d'apprentissage. Ce qui intéressant de noter, c'est que « *a minima* » la boucle d'apprentissage apparaît dans quelques évaluations de fin de séance.

« *permet d'avoir des aides et outils pour pouvoir gérer des situations d'urgence qui se représenteront plus tard* » S6

Le questionnaire de fin de séance donné trop tôt ?

Il est apparu un autre questionnement au décours de cette thèse. Il est vrai qu'à travers les questionnaires de satisfaction des internes, le GEF « urgences... » sur les quatre années a été très bien accueilli et il semble être un outil pédagogique que les étudiants s'approprient avec plaisir.

Mais remplir ce questionnaire à la fin de la journée du GEF, c'est à dire quand l'étudiant n'a pas encore fait sa synthèse, n'est-ce pas trop précoce ?

Le GEF se termine quand le travail d'apprentissage et l'écrit de l'étudiant sont rendus. Le questionnaire d'évaluation est *a fortiori* demandé à mi-parcours. C'est un questionnaire qui exprime un ressenti immédiat du GEF.

Il pourrait être intéressant de demander aux étudiants de remplir ce questionnaire une fois que le travail de synthèse est terminé. Peut-être qu'il pourrait permettre aux étudiants de mieux appréhender leur devoir et de répondre de manière plus intéressante sur l'intérêt et l'apport des GEF. Cela pourrait permettre aux étudiants de répondre à cette question socle : *en quoi ce GEF va-t-il changer ma pratique future ?*

Proposer une évaluation libre à la fin du travail de l'étudiant permettrait peut-être une meilleure prise de conscience du travail demandé par les enseignants. Demander aux étudiants de répondre à ce questionnaire à la toute fin de leur apprentissage pourrait être une clé pour faire apparaître encore mieux la boucle d'apprentissage. Il serait possible de proposer une seconde évaluation du GEF à la fin de chaque travail sans renoncer à l'habituelle première évaluation de fin de séance.

Les GEF, outils pédagogiques plébiscités

Quoiqu'il en soit, les GEF et, *in fine*, le GEF « Urgences ressenties ou vraies en médecine générale » remportent un franc succès.

Ces nouvelles méthodes pédagogiques d'enseignement semblent plaire aux étudiants dans la très grande majorité des cas. Il faut noter que les étudiants en fin de cursus ont, dans leurs commentaires, souligné et apprécié les différents composantes pédagogiques de l'essence même des GEF [18,22].

Lesdits étudiants qui ont vu « naître » cette nouvelle méthode d'enseignement à Tours se sont parfaitement appropriés ce nouvel outil d'apprentissage. Ces mêmes étudiants qui ont connu « *l'avant et après GEF* ». Il est encourageant de voir que ce type d'enseignement est très apprécié par rapport aux enseignements plus classiques qui avaient cours dans les facultés jusqu'à maintenant tels que les séminaires.

Mais il ne faut pas se méprendre, une nouvelle méthode d'enseignement n'exclut pas les autres et certains internes préfèrent des outils pédagogiques plus usuels. Les GEF apportent à l'enseignement un nouveau visage, une nouvelle lumière, une approche différente.

Une autre thèse, quantitative, sur l'évaluation des méthodes pédagogiques et des réponses aux attentes des différentes méthodes d'enseignement en médecine générale proposées à Paris VII montrait l'intérêt croissant des internes pour cette approche pédagogique centrée sur l'apprenant [10].

Comme il a été souligné dans la thèse du Dr Doutone, certains étudiants sont attachés à un enseignement plus classique notamment avec des supports matériels. Dans ce contexte, et pour allier enseignement traditionnel et outil issu du paradigme d'apprentissage, il est possible de prévoir un support pour les étudiants à la fin du GEF comme par exemple la remise des certificats de SPDT/SPDRE/SP ou un exemple de la pharmacopée à avoir dans sa trousse d'urgence.

En revanche, remettre aux étudiants une fiche récapitulative des éléments-clés de la journée serait en inadéquation totale avec l'esprit même de ce type d'enseignement. C'est à l'étudiant de faire son travail de recherche et de synthèse après la journée du GEF. Quoiqu'il en soit, tous les commentaires lus ont montré que les internes s'approprient ce nouvel outil pédagogique.

On peut noter qu'il existe une meilleure adhésion à un enseignement quand les étudiants ont compris son fonctionnement. Quand il y a une appropriation et une adhésion à un outil pédagogique, ces méthodes d'apprentissage ne fonctionnent-elles pas mieux ? Ne sont-elles pas plus efficaces ?

L'appréhension du changement de paradigme et la meilleure manipulation de la boucle d'apprentissage montrent que les objectifs pédagogiques sont atteints dans le GEF « urgences ressenties ou vraies en médecine générale ». Avec une meilleure compréhension comme simple constat de ce travail, il apparaît que le changement de paradigme est mieux compris par les étudiants [37].

Ce travail s'est axé autour des récits des internes et de leurs évaluations du GEF « urgences ressenties ou vraies en médecine générale » mais le prisme de l'enseignant-animateur n'a pas été analysé.

La place de l'enseignant

L'enseignant-animateur oriente le jeune médecin dans une direction pour trouver ses réponses. L'enseignant-expert fait part de son Savoir au travers de discussions riches et variées mais ne fait pas un cours traditionnel au regret de certains étudiants. Mais quelle est vraiment la place de l'animateur dans un GEF ?

On parle beaucoup du ressenti et des attentes des étudiants par rapport à ces nouvelles méthodes pédagogiques mais le rôle de l'enseignant est encore un peu flou. Il guide, oriente les débats et discussions, ré-axe les angles et points de vue pour permettre aux étudiants de faire des recherches plus approfondies. Il a un rôle modèle et allie expertise clinique, enseignement et supervision. Son impact est majeur dans l'apprentissage des étudiants. Il a également un rôle d'évaluateur des traces d'apprentissage des jeunes médecins via l'approche par compétences [36].

En convergence avec la perspective Béhavioriste de l'apprentissage, on postule que l'on peut inférer correctement la qualité des apprentissages par un étudiant à partir de l'observation de ses comportements [38] et de ses traces d'apprentissage.

Ce travail de recherche n'a pas eu pour objectif de créer un outil pour permettre l'évaluation des GEF par les enseignants contrairement au premier travail fait en 2013 (annexe 5). Les évaluations faites par les enseignants sur le travail des internes n'ont pas été analysées dans cette recherche. Ce dernier temps du GEF qui clôture le travail des étudiants et qui fournit une synthèse évaluative personnelle de l'enseignant à son tuteur n'a pas été évalué. Ces synthèses pourront faire l'objet d'un travail ultérieur.

CONCLUSION

Paradigme d'apprentissage versus paradigme d'enseignement ?

Dans un paradigme d'apprentissage, c'est à l'étudiant de se poser les problématiques pour son cas clinique et à lui, après discussion avec le groupe et orientation par l'enseignant facilitateur, de trouver les réponses à ses questions. Ce travail de recherche est une étape dans la construction de la boucle d'apprentissage et dans l'acquisition des « Savoirs » [17].

Notre métier doit allier plusieurs facettes pour répondre à notre mission de bien public. Les notions de Savoirs, « savoir-faire », « savoir-être », et les « savoir-agir complexes » doivent s'articuler entre elles pour permettre d'être un meilleur médecin. Mais il est difficile « d'apprendre ces notions ». Certes il y a le Savoir : fondement indispensable de notre métier, il est l'objet d'un enseignement classique sur les bancs de la faculté. Mais pour les autres ?

A travers ce travail de thèse, il m'est paru important de parler des méthodes d'enseignement de la médecine générale.

La frontière entre l'approche pédagogique classique du paradigme d'enseignement et une approche centrée sur l'étudiant du paradigme d'apprentissage est parfois fine. Même si le GEF est le parfait reflet du paradigme d'apprentissage et que ces méthodes d'enseignement sont radicalement différentes (cours magistral versus recherches des étudiants à partir de leurs propres questionnements), le paradigme d'apprentissage est discrètement teinté du paradigme d'enseignement.

Au décours des GEF, les enseignants animateurs écoutent avec bienveillance les récits des étudiants, les orientent à trouver des questionnements et les incitent à aller chercher eux-mêmes les solutions. Mais ces animateurs ont également des grands principes et savoirs à transmettre à leur auditoire. C'est en cela que peut se discuter la limite fine entre les deux paradigmes.

Cependant, cette ligne rouge sur laquelle étudiants et enseignants marchent pendant les GEF est très appréciée. Les GEF sont très bien accueillis par les enseignés [23, 28]. Cette méthode d'enseignement permet aux étudiants de se chercher en tant que futurs médecins sur les plans médicaux, sociaux, psychologiques et de se trouver. Ils apprennent à devenir le médecin qu'ils doivent être à

travers leur propre cheminement. Et l'enseignant, ce fameux « guide facilitateur de Savoirs » est aussi notre « pilier de Savoirs ». Il continue à nous apprendre.

Professeur Vincent RENARD, président du CNGE, 8 octobre 2016, CA du CNGE « le D.E.S. de médecine générale a pour finalité de « *transformer un étudiant savant en professionnel compétent* ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. WONCA. (page consultée le 10 octobre 2016). La définition européenne de la médecine générale 2002 [En ligne].<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/won-cadefmg.pdf>
- [2]. Legifrance. (page consultée le 19 octobre 2016). Loi n°59-1557 du 31 décembre 1959 sur les rapports entre l'Etat et les établissements d'enseignement privés [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693420>
- [3]. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. (Métiers Santé Social; 2-3)
- [4]. Hippocrate, Salem J. Connaître, soigner, aimer. Le Serment et autres textes. Paris, Éd. du Seuil; 1999. (Points)
- [5]. Des Marchais J, La formation médicale à l'aube du XXIème siècle : un défi aux Unités de Formation et de Recherche (UFR) françaises. Ann Med Interne. 1999;150(6):469-475.
- [6]. Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. Revue française des affaires sociales. 2014 jan;(1-2):169-191.
- [7]. Cohen-Scali J, Séguret P, Lambert P, Amouyal M. Les groupes d'échanges de pratiques tutorés pendant l'internat de médecine générale : modalités pratiques, pertinence pédagogique et perspectives pour l'enseignement. exercer .2013 Mai-Juin;24(107):126-30
- [8]. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. 2003 Août;4(3):163–75.
- [9]. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer. 2013 Juil-Août;24(108):148–55.

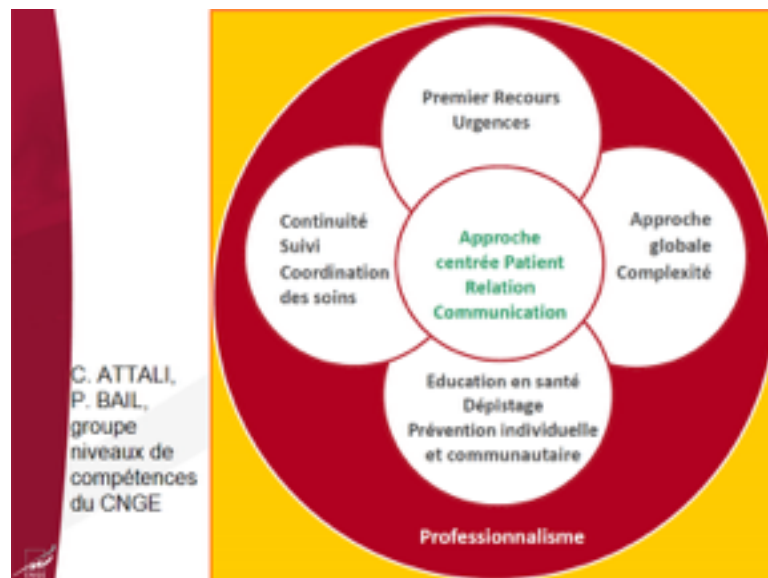
- [10]. Dahan B. Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, discipline de médecine générale]. Paris: Université de Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2009.
- [11]. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique. *exercer*. 2013 Juil-Août;24(108):178-84.
- [12]. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale* 2006;7:110-27.
- [13]. Demeester A, Gagnayre R. Alternative au cours magistral : la MIGG. Méthode d'Intégration Guidée par le Groupe. *Pédagogie Médicale*. 2005 Fev;6(1):61-2.
- [14]. Demeester A. Améliorer l'enseignement en grands groupes à la lumière de quelques principes de pédagogie active : penser à la méthode d'intégration guidée par le groupe (MIGG). *Pédagogie Médicale*. 2008 Août;9(3):185-6.
- [15]. Chabot JM. (page consultée le 3 octobre 2016). Premiers contacts - Découvrir EBM Journal, [en ligne]. <http://www.dmg-nantes.fr/OLD/phocadownload/fichiers/DES/premiers%20contacts.pdf>
- [16]. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence-Based general practice : a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ*. 1996;(312):819-821
- [17]. Médecine générale Créteil. (page consultée le 3 octobre 2016). Les différents paradigmes d'enseignement et d'apprentissage, [en ligne]. http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2012/01/Les_differeents_paradigmes_d_enseignement_et_d_apprentissage.ppt
- [18]. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer*. 2013 Juil-Août;24(108):165-9.

- [19]. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *exercer*. 2013;24(108):156-64.
- [20]. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Renard V, et al. Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *exercer*. 2012 Sept-Oct;(103):169-74.
- [21]. C. Attali, P. Bail, A-M. Magnier, J-N. Beis, et al. Compétences pour le DES de médecine générale.*exercer*. Jan-Fev 2006;(76):31-2 .
- [22]. DUMG Tours. (page consultée le 3 octobre 2016). Contenu des groupes d'enseignement facultaires.[en ligne].http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/chapeaux_gef_def.pdf
- [23]. Robert J, Renoux C, Le Goff D, Barbeau L, Potier A. Les groupes d'enseignement facultative : un outil adapté à l'approche par compétences. *exercer*. 2016 Jan-Fev; 27(123):34-41.
- [24]. DUMG Tours. (page consultée le 3 octobre 2016) PORTFOLIO : Outil d'évaluation formative du DES de médecine générale, [en ligne]. http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/port_folio_-tours_2015-16-2016-09-09-29-1142.pdf
- [25]. CNGE, Cazard S, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2011 [Thèse d'exercice, médecine générale]. Paris: Faculté de médecine Paris Est Créteil; février 2014.
- [26]. CNGE, Lerouge J, Taha A, Renard V. (page consultée le 10 octobre 2016). Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013, [en ligne].http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf
- [27]. DUMG Tours. (page consultée le 3 octobre 2016). Les GEF,comment ça marche?, [en ligne]. http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Les_GEF_comment_ca_marche.pdf
- [28]. Doutone A. Formation théorique à partir des familles de situations rencontrées par l'interne: évaluation des groupes d'enseignement facultative à Tours [Thèse pour le doctorat en médecine diplôme d'état] Tours: Université Francois Rabelais; 19 Juin 2014.

- [29]. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 4th ed. San Jose: SAGE Publications, Inc; 1990.
- [30]. Aubin Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, et al. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *exercer*. 2010 sept-oct;(93):111-4.
- [31]. Briki N, Green J, MSF UK.(page consultée le 3 octobre 2016). A Guide to Using Qualitative Research Methodology, [en ligne]. <http://fieldresearch.msf.org/msf/handle/10144/84230>
- [32]. Université de Lyon. (page consultée le 3 octobre 2016). Rigueur, qualité de l'analyse et triangulation, [en ligne]. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.gonin_a&part=146620
- [33]. Al-Busaidi Z. Qualitative Research and its Uses in Health Care. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2008 Mar; 8(1):11-19.
- [34]. Denzin NK, Lincoln YS, auteurs. The SAGE Handbook of Qualitative Research. 4th ed. London:SAGE publications, inc.; 2011.
- [35]. Apostolidis T. Representations Sociales et Triangulation: Une Application en Psychologie Sociale de la Santé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006 Mai-Août; 22(2):211-226.
- [36]. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale Des fondements théoriques à la pratique. *exercer*. 2013 Juil-Août;24(108):171-7.
- [37]. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : un long fleuve tranquille? *exercer*. 2010 janv-fev;21(90):15-19.
- [38]. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. 2002 Fev;3(1):38-52.

ANNEXES

Annexe 1 : la marguerite des compétences.



Les grandes familles de situations cliniques

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie ;
- des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme ;
- des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels) ;
- des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives ;
- des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie ;
- des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses) ;
- des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

2. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/fréquents/exemplaires

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicables/plaintes d'origine fonctionnelle/ plaintes somatiques inexplicables.

Caractéristiques de ces situations : le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette ; il est inquiet au sujet d'une maladie physique.

Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants. L'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs ;

- des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

3. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

Caractéristique de ces situations : les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est par nature différente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;
- des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ;

Caractéristiques de ces situations : situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin ;

- des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de pédiatrie et d'urgence.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance ;
- des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson ;
- des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte ;
- des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme ;
- des situations concernant des femmes en périménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte ;
- des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire ;
- des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable ;
- des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.

6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations où la dynamique familiale est perturbée ;
- des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes ;
- des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.

7. Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Caractéristiques de ces situations : ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail, lorsqu'elle est possible, doit se faire en respectant le secret professionnel.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail ;
- des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle) ;
- des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : la demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution.

Il peut exister une obligation éventuelle de signalement.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné ;
- des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels ;
- des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ;
- des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée ;
- des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.

9. Situations avec des patients difficiles/ exigeants

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif ;
- des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique ;
- des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine.

Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ;
- des situations de patients en précarité ;
- des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

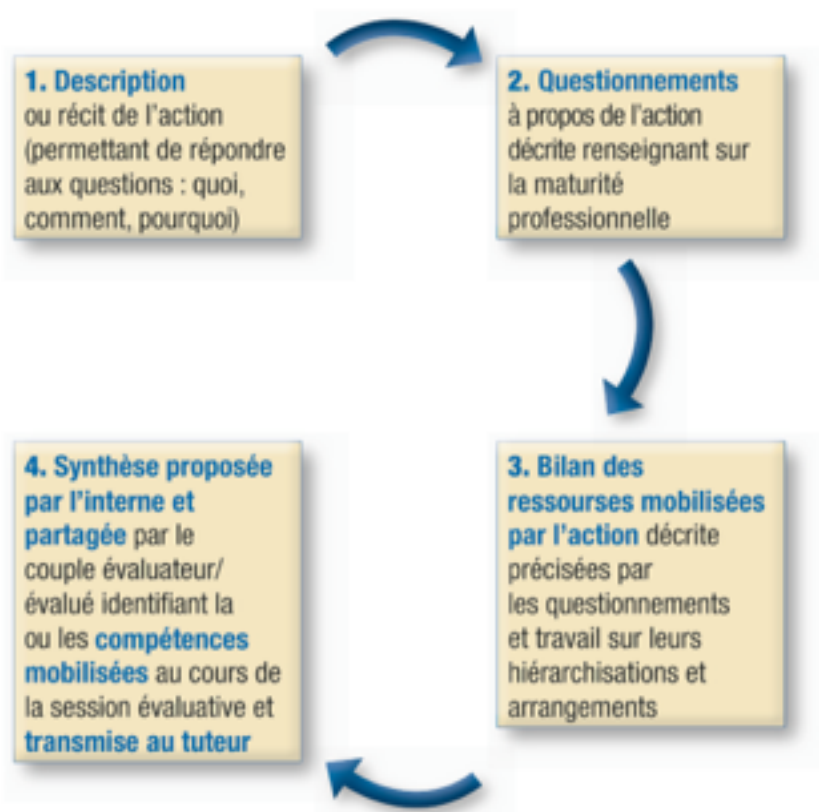
11. Situations avec des patients d'une autre culture

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur (incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le MG n'a pas accès facilement). Des problèmes psychosociaux peuvent aggraver ces situations.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients migrants en situation irrégulière/ précaire ;
- des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)
- des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.



D'après Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique. *exercer*. 2013;24(108):178-84.

Annexe 4 : Motifs de consultation des patients dans les récits cliniques. Lieu de consultation.

GEF 1 : Bouffée délirante aiguë chez un schizophrène de 20 ans, connu, avec menace d'autolyse.
Vu au domicile.

GEF 2 : Femme maghrébine de 64 ans, suspicion de maltraitance et chute mécanique dans la rue.
Vue au SAU.

GEF 3 : Compression médullaire chez un homme de 40 ans, signature de décharge médicale et refus de soins. vu au SAU.

GEF 4 : Pas de récit

GEF 5 : Hernie inguinale étranglée chez une dame de 68 ans qui a la garde de ses deux petits enfants au moment de la consultation. Vu au cabinet médical.

GEF 6 : Œdème de Quincke chez une patiente de ?? ans. Vue sur une garde à l'hôpital.

GEF 7 : Arrêt cardio-respiratoire chez un patient hospitalisé en O.R.L pour néoplasie laryngée. Vu sur une garde à l'hôpital.

GEF 8 : Jeune femme de 23 ans, enceinte de 19 SA avec méningite bactérienne. Vue au SAU.

GEF 9 : Syndrome grippal chez un homme de 42 ans avec infarctus du myocarde à l'ECG. Vu au cabinet médical.

GEF 10 : sub-OAP chez un patient portugais de 76 ans avec labilité sur l'observance de ses traitements. Vu au cabinet médical.

GEF 11: Patient de 45 ans avec céphalées et vomissements sans signe de gravité. Vu au domicile .

GEF 12 : Hématurie macroscopique chez un patient de 30 ans anxieux et exigeant une échographie en urgence. Vu au au SAU.

GEF 13 : Suspicion de torsion testiculaire chez un garçon de 9 ans : épididyme virale. Vue au cabinet médical.

GEF 14 : Suspicion de crise convulsive chez une homme de 42 ans. Vu au SAU.

- GEF 15 : Suspicion syphilis et herpès chez une femme de 19 ans, enceinte de 3 mois, précarité sociale. Venue avec ses parents, vue au SAU.
- GEF 16 : Suspicion d'angor instable chez un patient de 64 ans avec cardiopathie ischémique connue. Vu au cabinet médical.
- GEF 17: Hématurie macroscopique et fièvre chez un patient de 60 ans aux ATCD de colique néphrétique et refusant une prise en charge hospitalière. Vu au cabinet médical.
- GEF 18 : Tentative d'autolyse par arme à feu d'un patient de 75 ans avec hémorragie cérébrale, mais venu au urgences pour difficultés à la mastication. Vu au SAU.
- GEF 19 : SCA ST + chez une femme de 43 ans sur dissection spontanée de l'IVA . Vue à l'USIC.
- GEF 20 : Découverte d'une paralysie faciale centrale sur AVC probable chez un patient de 75 ans venu pour un renouvellement d'ordonnance. Vu au cabinet médical .
- GEF 21 : Malaise d'allure vagal chez une patiente de 60 ans sans ATCD. SCA ST + envoyée à l'hôpital. Vue au cabinet médical.
- GEF 22 : Patient de 90 ans avec douleur thoracique typique. Désaccord de prise en charge du maître de stage (constipation) versus l'interne (SCA ?). Vu au cabinet médical.
- GEF 23 : Petite fille de 2 ans présentant une détresse respiratoire aiguë sur laryngite aiguë. Vue au cabinet.
- GEF 24 : Patiente avec son petit garçon de 8 ans qui demande à l'interne de l'examiner pour douleur de gorge et douleur thoracique atypique, s'inquiète surtout d'avoir un cancer ORL.
- GEF 25 : Patient polyvasculaire tabagique présentant une douleur thoracique typique mais qui refuse la prise en charge hospitalière. Vu au cabinet médical.
- GEF 26 : Jeune femme de 29 ans, allaitante, présentant une crise d'agressivité, ATCD psychiatriques connus. Hospitalisation à la demande d'un tiers. Sédation sous loxapac®. Vue au SAU
- GEF 27 = GEF 48 : Urgences ressentie chez un homme de 34 ans avec une lombosciatique L5 gauche non compliquée mais très douloureux. Vu au SAU.

GEF 28 = GEF 49 : Brûlure à l'acide d'un homme de 50 ans et nécrose unguéale de l'ongle. Vu au SAU.

GEF 29 : Lombosciatique L5 paralysante et syndrome de la queue de cheval chez une femme de 25 ans. Vue dans le service de rhumatologie.

GEF 30 : Pas de récit

GEF 31 : Adolescent de 15 ans avec urgences ressenties, amenée par sa mère à minuit après le match de foot pour conjonctivite. Vu au SAU.

GEF 32 : Arrêt cardio-respiratoire sur la voie publique prise en charge par l'interne qui se rendait à un repas de famille. Vu en ville.

GEF 33 = GEF 13 .

GEF 34 : Pas de récit.

GEF 35 : Suspicion d'embolie pulmonaire sur TVP chez une dame de 75 ans polypathologique. Urgentiste non convaincu au téléphone. Vue au cabinet médical.

GEF 36 : Etat de mal convulsivant sur hématome sous-dural chez un homme de 80 ans. Vu en USC en garde d'étage.

GEF 37 : Intubation et ventilation d'un jeune garçon de 4 ans suite à une crise d'asthme aigu grave, émotion de l'interne. Vu au SAU.

GEF 38 : Découverte astrocytome sur céphalées sans signe de gravité chez une jeune femme de 20 ans. Vue au SAU.

GEF 39 : Méningite aiguë bactérienne chez un jeune de 26 ans. Vu au SAU.

GEF 40 : Découverte Néphrite focale gauche chez un jeune garçon de 6 ans avec signes fonctionnels urinaires et fièvre à 39 ° C. Vu au cabinet médical.

GEF 41 : Crise suicidaire chez une dame de 54 ans en détresse financière. Vue au cabinet médical.

GEF 42 : Cholecystite, AEG et syndrome occlusif chez une dame de 90 ans. Vue en gériatrie.

GEF 43 : Jeune infirmière de 34 ans présentant une crise suicidaire et crise d'hystérie. Vue au cabinet médical.

GEF 44 : Choc anaphylactique d'un homme de 53 ans. Vu au cabinet médical.

GEF 45 : Suspicion de TVP chez une femme de 70 ans qui refuse la prise en charge. Rupture de kyste poplitée.

GEF 46 : Crise d'asthme aigu chez un enfant de 12 ans. Vu au SAU pédiatrique.

GEF 47 : Episode maniaque chez une patiente amenée par les pompiers. Hospitalisation à la demande d'un tiers. Utilisation du Loxapac®. Vue au SAU.

GEF 48 = GEF 27

GEF 49 = GEF 28

GEF 50 : Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sur pancréatite aiguë lithiasique chez un homme de 88 ans. Vu au SAU.

GEF 51 : Demande d'euthanasie active d'un homme de 82 ans aux urgentistes. Vu au SAU.

GEF 52 : Douleur abdominale aiguë chez une patiente avec un anévrisme de l'aorte abdominale connu et crise d'angoisse. Vue en garde d'étage à l'ermitage.

GEF 53 : Découverte d'une néoplasme rénale sur premier épisode d'hématurie macroscopique chez une patiente de 50 ans. Vue au cabinet médical.

GEF 54 : Découverte d'une fibrillation auriculaire lente chez une dame de 92 ans avec cardiopathie ischémique connue. Vue au cabinet médical.

GEF 55 : Apparition d'une onde de Pardee chez un homme de 50 ans avec une douleur thoracique typique mais un cycle de troponine négatif. Vu au SAU.

Annexe 5: modèle de grille d'évaluation [28].

Restitution de la situation apportée au cours du GEF	Oui	Non	
Enoncé de la ou les problématique(s) évoquée(s) au cours du GEF	Oui	Non	
Messages forts retenus	Non acquis aucun	Intermédiaire > 25% et <75%	Compétent 100%
Compétences mobilisées	Non acquis aucune	Intermédiaire > 25% et <75%	Compétent 100%
Rend compte d'une réponse à la problématique posée par la situation énoncée	Oui	Non	

GLOSSAIRE

CH : Centre hospitalier

GEF : groupe d'enseignement facultaire

MCS : médecin correspondants samu

MG : médecin généraliste

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du représentant de l'Etat

SP : Soins pour Péril imminent.

Avis favorable de la Commission des Thèses
du Département de Médecine Générale
en date du

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RÉSUMÉ

Contexte : Marquée par son histoire et faute d'existence et de reconnaissance au sein des facultés jusque récemment, la médecine générale a su construire ses propres méthodes pédagogiques pour permettre aux jeunes médecins d'être compétents dans l'exercice de leurs fonctions médicales. Dans le cadre du paradigme d'apprentissage, les groupes d'enseignements facultaires (GEF) ont vu le jour dans la formation des jeunes médecins généralistes à Tours en 2012.

Objectifs : analyser cette approche pédagogique à partir de la famille de situations cliniques « patients avec une urgence ressentie ou vraie en médecine générale » et rechercher si les objectifs pédagogiques du GEF étaient atteints au travers de l'analyse des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance des étudiants de 2013 à 2016 ?

Méthodologie : Analyse qualitative des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance recueillies auprès des enseignants par extraction de *verbatim*.

Résultats : Tous les éléments clés retenus par les animateurs en amont du GEF ont été cités par les étudiants. Les messages inattendus étaient hétérogènes et variaient d'un groupe à l'autre et d'une année sur l'autre. Toutes les compétences de la marguerite ont été citées au moins une fois. La boucle d'apprentissage apparaît clairement dans certaines synthèses. L'analyse des évaluations de fins de séance a montré l'intérêt croissant des étudiants pour cet outil pédagogique.

Conclusion : Les internes s'approprient ce nouvel outil pédagogique. L'appréhension du changement de paradigme et la meilleure manipulation de la boucle d'apprentissage montrent que les objectifs pédagogiques sont atteints dans le GEF « urgences ressenties ou vraies en médecine générale ».

Mots-clés : paradigme d'apprentissage, compétences, outil pédagogique, famille de situations cliniques.

MOREAU Aurélie**81 pages - 5 annexes****Résumé :**

Contexte : Marquée par son histoire et faute d'existence et de reconnaissance au sein des facultés jusque récemment, la médecine générale a su construire ses propres méthodes pédagogiques pour permettre aux jeunes médecins d'être compétents dans l'exercice de leurs fonctions médicales. Dans le cadre du paradigme d'apprentissage, les groupes d'enseignements facultaires (GEF) ont vu le jour dans la formation des jeunes médecins généralistes à Tours en 2012.

Objectifs : analyser cette approche pédagogique à partir de la famille de situations cliniques « patients avec une urgence ressentie ou vraie en médecine générale » et rechercher si les objectifs pédagogiques du GEF étaient atteints au travers de l'analyse des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance des étudiants de 2013 à 2016 ?

Méthodologie : Analyse qualitative des traces d'apprentissage et des évaluations de fin de séance recueillies auprès des enseignants par extraction de *verbatim*.

Résultats : Tous les éléments clés retenus par les animateurs en amont du GEF ont été cités par les étudiants. Les messages inattendus étaient hétérogènes et variaient d'un groupe à l'autre et d'une année sur l'autre. Toutes les compétences de la marguerite ont été citées au moins une fois. La boucle d'apprentissage apparaît clairement dans certaines synthèses. L'analyse des évaluations de fin de séance a montré l'intérêt croissant des étudiants pour cet outil pédagogique.

Conclusion : Les internes s'approprient ce nouvel outil pédagogique. L'appréhension du changement de paradigme et la meilleure manipulation de la boucle d'apprentissage montrent que les objectifs pédagogiques sont atteints dans le GEF « urgences ressenties ou vraies en médecine générale ».

Mots-clés : paradigme d'apprentissage, compétences, outil pédagogique, famille de situations cliniques.

Jury :

Président du Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, Professeur associé, Responsable de la pédagogie et de la formation des enseignants de Médecine générale, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Professeur Henri MARRET, Gynécologie, Vice Doyen de la Faculté de Médecine de Tours, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Docteur Christophe RUIZ, médecin généraliste, Maître de stage des universités, Faculté de Médecine - Tours

Date de la soutenance : Le 12 décembre 2016